TRAITEMENT

DES

SALPINGO-OVARITES

PAR LA LAPAROTOMIE

(RÉSULTATS ÉLOIGNÉS)

PAR

Le Dr Henri CHAVIN

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

INTRODUCTION

Dans les recherches que nous avons faites au sujet du traitement chirurgical des salpingo-ovarites, nous n'avons pas trouvé de statistique de laparotomies publiée intégralement. La statistique intéressante de MM. Terrier et Hartmann (1) donnant les résultats éloignés de 59 laparotomies, ne comprend que des cas de lésions suppurées. Ces auteurs ne parlent pas des résultats éloignés de la laparotomie pour lésions non suppurées des annexes.

En 1893, Pinesse (2), élève de M. Lucas Championnière et Martin (3), élève de M. Pozzi, apportent l'un 136, l'autre 45 observations de laparotomies. Ils n'en étudient que les résultats éloignés, sans tenir compte des résultats immédiats.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier une statistique intégrale de laparotomies. Notre maître M. Pierre Delbet a bien voulu nous faire l'honneur de nous confier les observations de toutes les laparotomies qu'il a faites pour salpingo-ovarites, depuis 4 ans, à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital de la Charité et à l'hôpital Laënnec. Ces observations sont au nombre de 135. Nous les publions à peu près *in extenso*. Elles sont surtout très complètes au point de vue des détails opératoires que M. Pierre

(1) Terrier et Hartmann, *Annales de gynécologie*, 1893, p. 417.
(2) Pinesse, Th. de Paris, 1893.
(3) Martin, Th. de Paris, 1893.

Delbet a l'habitude de consigner lui-même après chaque laparotomie.

Voici de quelle façon nous avons compris l'étude de cette statistique :

Après avoir consacré un chapitre à la description de quelques détails du manuel opératoire, puis des difficultés qui peuvent se présenter dans le cours de l'ablation des annexes, nous passons en revue les suites immédiates de la laparotomie, c'est-à-dire la mortalité et les différentes complications qui apparaissent dans le cours de la guérison. Nous étudions ensuite les résultats éloignés de la castration unilatérale d'abord, puis de la castration bilatérale.

Pour nous rendre compte des résultats éloignés de la laparotomie, nous avons dû, afin de compléter nos observations, rechercher les opérées. Malgré le temps que nous avons consacré à ces recherches et malgré le soin scrupuleux que nous avons mis à conduire nos enquêtes, il est un certain nombre de malades que nous n'avons pu retrouver : les unes ayant donné de fausses adresses, les autres ayant quitté leur ancien domicile sans laisser aucune indication pouvant permettre de les rejoindre. Nous avons écrit à celles qui habitaient la province ; quelques-unes ont répondu à nos questions d'une façon suffisamment claire et détaillée pour nous permettre de nous passer d'un examen direct.

Nous devons dire que nous publions ici absolument toutes les observations des malades atteintes de salpingo-ovarite que M. Pierre Delbet a opérées, sauf la plus ancienne qui a été perdue ; la malade qui en fait l'objet est d'ailleurs bien guérie. Nous ajouterons que notre maître a eu systémati-

quement recours à la laparotomie, quelle que fût la gravité du cas ; et que, d'un autre côté, il a souvent refusé d'opérer des malades présentant des lésions trop bénignes. On verra plus loin que nos cas d'ovarites scléro-kystiques sont fort peu nombreux.

CHAPITRE PREMIER

Manuel opératoire.

Nous résumerons la technique de la laparotomie d'après la façon de procéder de M. Pierre Delbet.

Pour plus de clarté dans l'exposition, nous diviserons l'opération en plusieurs temps. On voudra bien nous pardonner cette division artificielle, en faveur du but que nous nous proposons.

La malade est placée en position déclive, l'emploi du plan incliné de Trendelenburg facilitant considérablement l'exploration du petit bassin, et permettant d'ajouter au toucher le contrôle de la vue.

1er Temps. — **Incision.** — La paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane un peu au-dessus du pubis et sur une longueur moyenne de 5 à 10 centimètres suivant l'épaisseur des téguments.

2e Temps. — **Décortication et libération des annexes.** — L'épiploon s'il est sain est relevé. Il arrive fréquemment qu'il présente des adhérences avec la paroi abdominale, avec les anses intestinales et même avec la vessie et l'utérus. Ces adhérences sont rompues avec la main ; si elles résistent, on est obligé de réséquer l'épiploon.

Les doigts du chirurgien vont alors, à travers la boutonnière abdominale, à la recherche des annexes. Dans les cas simples, il est facile d'en faire le tour en déchirant des

adhérences légères. Souvent la décortication offre beaucoup plus de difficultés, les annexes étant prolabées et adhérentes au fond du cul-de-sac postérieur, à la face postérieure de l'utérus derrière lequel elles sont repliées et à la face postérieure du ligament large. Elles peuvent être unies plus ou moins intimement à une anse d'intestin grêle, à l'S iliaque, au rectum ou à la vessie. Lorsque la tumeur est fluctuante, on la ponctionne pour la décortiquer ensuite. La libération et la décortication de la masse annexielle se font surtout avec les doigts. Cependant on est quelquefois obligé de sectionner les adhérences au bistouri ou au ciseau.

3e Temps. — **Pédiculisation, ablation, cautérisation.** — Dans le cas de lésions catarrhales ou d'ovarite scléro-kystique, la pédiculisation est souvent assez facile. Il suffit de placer deux fils sur la trompe, le plus près possible de la corne utérine.

M. Pierre Delbet recommande de placer ces fils presque sur la corne utérine, de façon à éviter d'avoir un moignon de trompe, dans lequel peut se développer plus tard, comme on l'a signalé, une collection kystique. Pour éviter que les fils du pédicule ne glissent, on en passe un autre perpendiculaire à ceux-ci, qui les embrasse et les retient.

Lorsque la masse annexielle est extrêmement adhérente et non mobilisable, on commence par pratiquer la pédiculisation externe ; on peut ainsi arriver à faire basculer la masse et à faire la pédiculisation interne. Le ligament large, dans certains cas, est difficile à lier ; on a soin alors d'avoir recours à la ligature en chaîne, fortement serrée.

Les annexes enlevées, les pédicules sont touchés au

thermo-cautère, de crainte que la muqueuse de la trompe, saillante au niveau de la section, n'infecte ultérieurement le péritoine. Les surfaces adhérentes qui saignent sont également touchées au thermo-cautère.

4e Temps. — **Drainage.** — Lorsque des poches de pus se sont rompues pendant la décortication, lorsque des surfaces d'adhérences saignent malgré la thermo-cautérisation, il importe d'établir un drainage.

On a généralement recours au drainage abdominal, procédé que notre maître employait souvent dans les premières années et qu'il a peu à peu laissé de côté. Nous comptons, en effet, 15 drainages sur 29 laparotomies faites en 1892 et 1893, tandis que nous n'en trouvons que 8 pour 50 en 1894.

M. Pierre Delbet a complètement abandonné le drainage abdominal, à cause des dangers d'éventration qu'il crée, pour le remplacer depuis le mois de juillet 1895 par le drainage vaginal ; voici de quelle façon on procède :

Les annexes étant enlevées, un aide introduit, par la voie vaginale, un clamp dans le cul-de-sac postérieur de façon que l'extrémité de l'instrument en fasse saillir la paroi dans le fond du petit bassin. On l'incise alors de façon à permettre au clamp de passer ; celui-ci, ayant pénétré dans le petit bassin, est ouvert par l'aide de façon à agrandir par déchirure la boutonnière faite au bistouri ; on évite ainsi l'hémorrhagie à laquelle donnerait lieu une grande incision du cul-de-sac postérieur. On draine alors par l'orifice ainsi créé, à l'aide d'une ou de plusieurs mèches de gaze iodoformée.

5e Temps. — **Hystéropexie.** — Avant de suturer la pa-

roi abdominale, M. Pierre Delbet pratique systématiquement l'hystéropexie. A cet effet, le corps de l'utérus, détaché de ses adhérences postérieures, s'il en avait, est relevé par une pince de Museux au niveau de la partie inférieure de la plaie. Avec une aiguille munie d'une soie, on pique la paroi dans l'épaisseur de l'incision abdominale en traversant les plans musculo-fibreux, peau et tissu cellulaire exceptés ; puis on traverse le fond de l'utérus et enfin l'autre lèvre de l'incision d'arrière en avant, en respectant de même la peau et le tissu cellulaire. Les deux chefs serrés et noués rapprochent les deux lèvres de la plaie en même temps qu'ils accolent le fond de l'utérus à la paroi.

L'hystéropexie pratiquée ainsi systématiquement a pour but d'éviter les douleurs provenant de déviations utérines consécutives aux ablations des annexes. Nous verrons à l'étude des résultats éloignés ce que donne ce procédé.

6e Temps. — **Suture de la paroi.** — La suture de la paroi abdominale est faite en un plan, à points séparés, au fil d'argent. Il suffit de 4 ou 5 fils pour fermer la paroi. Entre ceux-ci on place quelques fils superficiels pour affronter exactement les bords cutanés de l'incision et le tissu cellulaire.

Cette suture, outre qu'elle est rapide, a pour elle l'avantage d'être extrêmement solide comme nous le verrons plus loin.

CHAPITRE II

Des difficultés opératoires.

L'ablation des annexes par la laparotomie peut présenter des difficultés plus ou moins considérables, dues, la plupart du temps, aux adhérences contractées avec les organes voisins. Ces adhérences sont d'autant plus résistantes que les lésions sont plus anciennes ; elles se rencontrent surtout avec les salpingites suppurées.

Elles se font soit avec l'épiploon, soit à la face postérieure de l'utérus, derrière lequel les annexes sont souvent repliées, soit à la face postérieure des ligaments larges ou au fond du cul-de-sac postérieur. La trompe et l'ovaire peuvent être unis plus ou moins intimement à l'intestin grêle, à l'appendice iléo-cœcal, à l'S iliaque, au rectum, à la vessie.

Sur nos 135 observations, les détails opératoires nous manquent dans 7 des plus anciennes. Il nous en reste donc 128 à examiner au point de vue des difficultés qu'a présentées l'ablation des annexes.

48 fois nous relevons des adhérences très résistantes à l'intestin, soit 37 fois pour 100. C'est à l'intestin grêle qu'elles se rencontrent le plus fréquemment (27 fois), nous n'en comptons que 14 à l'S iliaque. 3 fois on dut faire la résection de l'appendice iléo-cœcal, confondu avec

les annexes. Nous avons à signaler en outre 5 cas d'adhérences à la vessie.

Il est quelquefois très difficile de libérer la tumeur salpingienne de ses adhérences, et il peut arriver que le chirurgien se trouve dans l'obligation de les sectionner au bistouri ou aux ciseaux. Il s'agit d'une véritable dissection lorsque les annexes sont tout à fait unies à la paroi intestinale, et l'amincissement ou la perforation de celle-ci sont à redouter. Nous n'avons chez nos malades à noter aucune perforation intestinale. Deux fois (obs. 2, 27), l'S iliaque, une fois le rectum ont été légèrement lésés. Dans le 1er cas on dut faire quelques points de suture sur l'S iliaque.

Dans 29 cas nous avons noté des adhérences à la face postérieure de l'utérus ou des ligaments larges, ou au fond du cul-de-sac de Douglas.

La décortication très laborieuse de la tumeur annexielle a occasionné 27 fois la rupture de poches purulentes et l'issue de pus dans le péritoine.

8 fois des hématosalpinx, 2 fois des kystes de l'ovaire se sont crevés et ont laissé écouler du sang noirâtre et du liquide séreux.

Une des causes qui rend extrêmement pénible la libération des annexes est l'incision ancienne d'un pyosalpinx par le vagin. Nous en constatons 3 cas (obs. 83, 96, 99), l'opération est d'une extraordinaire difficulté par suite de la résistance des adhérences qui se forment au fond du cul-de-sac après l'incision.

Les annexes une fois libérées, doivent être pédiculisées. 10 fois la pédiculisation a été rendue extrêmement diffi-

cile par la rétraction et l'épaississement du ligament large, une fois, par des nodosités situées sur les cornes utérines (obs. 55).

7 fois, la réduction de la rétroversion utérine a été très laborieuse.

En somme, l'ablation des annexes a présenté, dans 81 cas, des difficultés notables. Nous avons à ajouter 25 cas où il n'y avait que des adhérences épiploïques ou intestinales légères et 22 où il n'y a eu aucune adhérence. Nous pouvons nous résumer ainsi :

Adhérences très résistantes	81 cas.
Adhérences légères.	25 cas.
Aucune adhérence	22 cas.

Ces complications opératoires sont peu comparables, comme gravité, à celles de l'hystérectomie vaginale. On a en effet à redouter avec ce procédé la blessure de la vessie et de l'intestin. Baudron (1), d'après la statistique d'hystérectomie de son maître, M. le Dr P. Segond, cite en effet 5 cas de blessure de la vessie sur 200 cas d'hystérectomie. Des fistules ont persisté, dont aucune, dit-il, ne s'est guérie spontanément. Il signale, en outre, 9 cas de blessures du rectum et 2 cas de blessures de l'intestin grêle, sur le même nombre d'opérées. Il est inutile d'insister sur la plus grande gravité des dangers de l'hystérectomie ; les faits parlent d'eux-mêmes.

(1) Baudron, Th. de Paris, 1894.

CHAPITRE III

Suites immédiates de la laparotomie.

Les malades sur lesquelles portent nos observations sont au nombre de 135. Elles ont été opérées par M. le Dr Pierre Delbet dans l'espace de 4 années, du commencement de l'année 1892 à la fin de mars 1896. Pour étudier les résultats de la laparotomie chez ces malades, nous grouperons nos observations suivant la gravité des lésions.

Voici, en regard de chaque division, le nombre de cas qui leur correspond dans notre statistique :

Lésions suppurées	. . . .	55 cas.
Lésions non suppurées 80 cas.	Hémato ou hydro-salpinx.	16 cas.
	Salpingites catarrhales.	47 cas.
	Ovaires scléro-kystiques	15 cas.
	Laparotomies complémentaires . .	2 cas.

Mortalité.— Nous constatons, sur 135 opérées, 5 cas de morts opératoires (obs. 31, 38, 86, 88 et 95) qui se répartissent ainsi, suivant la gravité des lésions :

Lésions suppurées, 55 cas, 4 morts.

Lésions non suppurées, 80 cas, 1 mort.

Ce qui donne, comme *mortalité totale*, le chiffre de 3,7 0/0. Pour les lésions suppurées, la proportion est de 7,2 0/0 et de 1,2 0/0 dans les cas de lésions non suppurées.

Nous avons, en outre, un cas de mort de pleurésie purulente survenue un mois après l'opération (obs. 59). La

malade, opérée pour une salpingite suppurée double, avait parfaitement guéri, sans présenter du côté de l'abdomen le moindre phénomène inquiétant, lorsqu'elle mourut d'une pleurésie purulente. A l'autopsie, on trouva le péritoine du petit bassin absolument sain, les pédicules ne présentaient aucune adhérence ; les fils, cachés sous des fausses membranes, étaient invisibles. Ces pièces sont conservées au musée du service de M. le Dr Nicaise à l'hôpital Laënnec, comme exemple de résultat local parfait de l'ablation des annexes.

Voici dans quelles conditions se sont produits les 5 cas de morts opératoires :

Les lésions suppurées présentaient dans 3 cas une gravité toute particulière, par suite de poches purulentes extrêmement difficiles à libérer, se rompant pendant la décortication et laissant écouler du pus dans le péritoine (obs. 31, 88, 95).

La première malade (obs. 31), meurt au bout de 14 jours après avoir présenté des signes de péritonite (vomissements verdâtres, ballonnement de l'abdomen, température élevée). Les 2 autres (obs. 88 et 95) meurent de septicémie aiguë le lendemain de l'opération.

Dans le 4e cas (obs. 38, pyosalpinx), la mort est due à une hémorrhagie sous et intra-péritonéale. La pédiculisation du ligament large du côté gauche, extrêmement épaissi, avait nécessité des tractions énergiques. Telle avait été l'origine d'une hémorrhagie mortelle, survenue par rupture d'une veine dans l'épaisseur de cet organe et ayant entraîné la mort le surlendemain de l'opération.

Enfin, un dernier cas de mort par septicémie, le lende-

main de l'intervention, s'est présenté chez une malade opérée pour des lésions non suppurées des annexes (obs. 86). La libération d'un kyste hématique de l'ovaire, adhérent au cul-de-sac de Douglas et à la face postérieure de l'utérus, avait été extrêmement lente et laborieuse. La paroi de ce kyste s'était rompue, en donnant issue à du sang altéré.

Avant d'aller plus loin, constatons que, au point de vue de la mortalité, notre statistique est une des meilleures.

MM. Terrier et Hartmann (1) ont publié en 1893 une statistique composée de 59 cas de laparotomie pour lésions suppurées, qui donne 7 cas de mort, soit 11,8 0/0. Mais cette proportion est de 7,2 0/0 pour les cas de lésions suppurées dans notre statistique.

Dans la dernière statistique de M. le Dr Pozzi publiée en 1894 dans la thèse de M. Martin (2), nous relevons 5 morts sur 156 cas, soit 3,20 0/0. Dans les cas de lésions suppurées, le pourcentage de mortalité s'élève à 7,69. Ces chiffres sont à peu près équivalents aux nôtres.

L'hystérectomie vaginale donne de moins beaux résultats. La dernière statistique publiée par M. le Dr Richelot, au Congrès de chirurgie de 1895, contient d'autres cas que des salpingites ; elle est composée de 2 séries, l'une que l'on peut trouver dans son livre *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses* comprend :

61 suppurations pelviennes.	5 morts	(8 0/0)
126 affections non suppurées.	5 —	(3.96 0/0)

l'autre concerne les hystérectomies faites par M. le Dr Richelot dans les deux dernières années 1894 et 1895.

(1) Terrier et Hartmann, *Annales de gynécologie*, 1893, p. 417.
(2) Albert Martin, Th. de Paris, 1893-1894.

66 suppurations pelviennes.	3 morts	(4.54 0/0)
80 affections non suppurées	2 —	(2.24 0/0)

La mortalité moyenne dans la 1re série revient à 5,3 0/0 et à 4,3 0/0 dans la 2e.

La statistique qui nous permet le mieux de juger de la valeur de l'hystérectomie vaginale est celle de M. le Dr Segond publiée dans la thèse de son élève M. Baudron (1). Elle est uniquement composée de cas d'ovaro-salpingites.

En voici la mortalité :

200 opérées, 14 morts, soit 7 0/0.

114 cas de lésions suppurées, 13 morts, soit 11, 4 0/0.

82 lésions non suppurées, pas de mort.

M. Baudron signale cependant un cas de mort survenu chez une malade où l'on trouva une grossesse extra-utérine, et l'on pourrait parfaitement classer ce cas parmi ceux de lésions non suppurées, ce qui donnerait dans cette catégorie une mortalité égale à la nôtre (1,2 0/0) ; notre statistique donne en effet :

135 opérées, 5 morts, soit 3,7 0/0.

55 cas de lésions suppurées, 4 morts, soit 7,2 0/0.

80 cas de lésions non suppurées, 1 mort, soit 1,2 0/0.

La mortalité est donc moindre à la suite de la laparotomie qu'après l'hystérectomie vaginale :

	Laparotomie	Hystérectomie
Mortalité totale.	3,7 0/0.	7 0/0
Lésions suppurées . . .	7,2 0/0.	11,4 0/0
Lésions non suppurées .	1,2 0/0.	1,1 0/0

De la fièvre. — Sur 129 guérisons, 63 malades sont sorties de l'hôpital sans avoir eu la moindre élévation de tem-

(1) Baudron, Th. de Paris, 1894-1895.

pérature ; 43 ont présenté de la fièvre : 17 pendant un seul jour, 10 pendant 2 jours, 8 de 3 à 5 jours, 4 pendant un temps plus ou moins long. Deux autres malades (obs. 16 et 29) avaient, le jour de l'opération, une température élevée qui ne s'est abaissée que quelques jours plus tard. Dans deux derniers cas (obs. 85 et 113), la fièvre a été expliquée par l'apparition d'une bronchite.

Chez 14 autres malades, nous relevons diverses complications consécutives à l'intervention chirurgicale :

Péritonite. — Une seule fois (obs. 105) nous avons à noter, parmi nos malades guéries, des accidents de péritonite compliquant les suites immédiates de la laparotomie. La malade présentait des lésions suppurées, et l'on avait établi un drainage vaginal par le cul-de-sac postérieur. Ces accidents sont accompagnés de suppuration de la cicatrice. Un trajet fistuleux persiste, qui ne se ferme qu'à la suite de l'élimination d'un fil, deux mois et demi après l'opération.

Fistule stercorale. — Nous n'avons eu à constater cette complication que dans trois cas de salpingite purulente double.

Dans le premier (obs. 12), à partir du 9e jour après l'opération, des matières fécales se donnent issue par l'orifice de drainage, pendant quelques jours seulement. La fistule d'ailleurs se ferme rapidement.

Dans le second (obs. 28), la décortication d'une poche avait été extrêmement pénible et l'intestin avait été probablement lésé. On avait drainé. Le 3e jour des matières fécales sortent de l'abdomen, puis le 16e jour, à la suite de l'administration d'un purgatif ; une fistule persiste, qui ne se guérit qu'un an après.

Chez notre troisième malade (obs. 57), la fistule stercorale succéda encore à l'ablation d'une poche purulente. Mais cette complication se présenta dans des conditions particulières : à la suite d'un violent effort que la malade fit pendant qu'on la transportait, les sutures se désunirent ; du sang fétide et des matières s'échappèrent par la plaie. La malade sortit avec une fistule bientôt guérie.

Suppuration de la plaie abdominale. — 7 cas. 4 de ces malades quittent l'hôpital avec une fistule (obs. 11, 97, 99, 109). Les lésions étaient suppurées et l'opération avait présenté de très grandes difficultés. Deux fois (obs. 11 et 97) on avait fait un drainage abdominal ainsi que dans 3 autres cas dans lesquels la suppuration de la plaie ne dura que quelques jours. Les malades quittent l'hôpital complètement guéries.

Eschare sacrée. — Deux fois cette complication s'est rencontrée (obs. 90). Cette malade chez laquelle les lésions ont nécessité une hystérectomie abdominale présente d'abord une élévation de température pendant 7 jours, variant entre 38° et 39°. Le 8e jour la température redevient normale. Mais il se forme une eschare sacrée, qui est guérie lorsque la malade sort.

Obs. 102. Hématosalpinx très adhérent ; la libération en est pénible. La température s'élève le lendemain de l'opération. Le 3e jour, une eschare sacrée apparaît, qui n'est pas tout à fait guérie à la sortie de la malade.

Ictère. — Chez une de nos malades (obs. 115), opérée pour une salpingite catarrhale double, une teinte subictérique des conjonctives apparaît le lendemain de l'opération. L'ictère s'affirme les jours suivants, en même temps

que la température s'élève. Pendant 3 jours la malade a le délire, puis la température baisse à partir du 12e jour. La malade sort guérie un mois à peine après l'opération.

Telles ont été, chez nos 129 malades guéries, les suites immédiates de la laparotomie, on voit qu'elles ont été, en somme, bénignes, puisque 64 de ces malades n'ont eu aucune élévation de température, et que, parmi les autres, une seule a présenté une complication qui aurait pu être grave par le fait des accidents de péritonite.

Les cas de suppuration de la plaie abdominale se ramènent au total à 10, dont 4 guéris au bout de quelques jours; six fois seulement la fistule a persisté. Nous verrons au sujet des résultats éloignés ce qu'il en est advenu.

CHAPITRE IV

Résultats éloignés de la laparotomie.

Sur nos 135 observations, les 8 dernières concernent des malades opérées récemment depuis le mois de janvier 1896 ; nous devrons donc les éliminer, ne pouvant en tenir compte au point de vue des résultats éloignés. Il nous reste donc 127 observations dont 96 ont été complétées au point de vue des résultats éloignés. Voici au bout de combien de temps les malades ont été revues :

Malades	revues	de 3 à 6 mois.	30
—	—	de 6 mois à 1 an.	26
—	—	de 1 an à 2 ans	22
—	—	de 2 à 3 ans 1/2	8

Nous classerons nos observations, pour les étudier, en 2 grandes catégories suivant que l'ablation des annexes a été unilatérale ou bilatérale.

L'appréciation des résultats, les conclusions à en tirer dans l'un et l'autre cas sont absolument différentes. Il s'agit de savoir, d'une part, si la castration unilatérale expose souvent à une récidive, et si elle donne parfois des guérisons parfaites ; de l'autre, dans quelle proportion les résultats de la castration double par la laparotomie sont satisfaisants, et dans quelle mesure on peut les comparer à ceux de l'hystérectomie.

Tandis que, en effet, dans le cas de salpingite double on

a le choix entre 2 procédés opératoires, la laparotomie et l'hystérectomie vaginale, dans le cas de salpingite unilatérale au contraire, nombre de chirurgiens donnent la préférence à la laparotomie. Leur but est de conserver aux malades l'intégrité de leurs fonctions génitales et la possibilité de grossesses ultérieures. Ce but peut-il être atteint? jusqu'à quel point peut-on craindre, pour la suite, l'apparition de nouvelles lésions du côté des annexes laissées en place? Telles sont les questions qu'il serait intéressant d'étudier. Malheureusement nous n'apportons qu'un petit nombre d'observations, elles n'en ont pas moins leur intérêt.

Nous classerons les résultats éloignés de la laparotomie en :

	Castration unilatérale.	Castration bilatérale.
Résultats parfaits.	Pas de douleur. Pas de leucorrhée. Menstruation régulière.	Pas de douleur. Pas de leucorrhée. Pas de règles.
Résultats satisfaisants.		Légère leucorrhée ou très légère douleur ou règles peu ou pas douloureuses.
Résultats médiocres.		Douleurs notables avec ménorrhagies douloureuses ou métrorrhagies.
Résultats nuls.	Douleurs aussi fortes qu'auparavant avec ou sans règles, avec ou sans leucorrhée.	

Remarquons que nous n'avons pas eu de cas d'ablation

unilatérale des annexes à classer sous les rubriques : Résultats satisfaisants ou résultats médiocres.

§ 1. — Résultats éloignés de l'ablation unilatérale des annexes.

Nous relevons, dans notre statistique, 9 cas (1) de castration unilatérale (obs. 25, 45, 49, 56, 57, 66, 72, 97 et 111). Voici de quelle nature étaient les lésions anatomiques et quelles malades ont été retrouvées :

Pyosalpinx	3	1 Retrouvée (obs. 57)
Hydrosalpinx	1	1 Retrouvée (obs. 45)
Hémato-salpinx.	1	1 Retrouvée (obs. 72)
Salpingites catarrhales.	3	3 Retrouvées (obs. 25, 49, 111)
Ovarite scléro-kystique.	1	non retrouvée.

6 de ces malades ont donc été revues.

La première (obs. 57), opérée depuis un an 1/2, nous a écrit dernièrement. Elle est enceinte de six mois. Avant le début de sa grossesse, la menstruation était régulière. Elle n'a eu aucune douleur abdominale.

Nous avons revu, nous-même, la deuxième malade (obs. 45) en février 1896, près de deux ans après son opération. La menstruation est régulière, sans douleur ; au toucher les culs-de-sac sont souples et indolents.

La troisième malade (obs. 72) a été revue plusieurs fois dans le service, quelques mois après son opération. Elle n'éprouvait aucune douleur et était très bien portante. Quoique nous n'ayons pu la retrouver nous-même, nous

(1) Nous avons en outre un autre cas (obs. 130), parmi nos observations trop récentes, à ajouter à ceux-ci.

avons lieu de croire qu'elle va très bien puisqu'elle n'est plus revenue à Laënnec.

La quatrième (obs. 25) a été revue plusieurs fois par M. Delbet depuis son opération. Cette malade, avant d'être opérée, avait exprimé le désir qu'on lui conservât la possibilité de devenir enceinte. On ne lui fit la castration que d'un côté ; de l'autre, la trompe était fermée du côté de l'ovaire : on fit une salpingostomie et après cathétérisme on fixa par un point de suture au niveau de l'ovaire, l'ouverture ainsi formée. La malade guérit parfaitement, devint enceinte et accoucha d'un enfant vivant. Elle nous écrit (3 ans 1/2 après l'opération) qu'elle est en bonne santé. Les règles apparaissent toutes les 3 semaines et ne sont pas douloureuses. Elles sont de même durée et de même quantité qu'autrefois avant le début des accidents.

La malade se plaint cependant de quelques rares douleurs abdominales du côté droit, dont nous pouvons ne pas tenir compte : « mon côté droit ne me fait presque jamais mal », écrit-elle.

La cinquième malade (obs. 49) a été bien portante pendant un an à la suite de l'opération, mais elle avait de l'aménorrhée ; il est vrai qu'autrefois elle était réglée irrégulièrement. Depuis 7 mois, elle a des pertes rouges extrêmement abondantes survenant tous les 15 jours et accompagnées de douleurs pelviennes du côté droit et de douleurs lombaires. Dans l'intervalle de ces métrorrhagies, elle a des pertes blanches abondantes. Au toucher, les annexes droites sont douloureuses. En un mot, c'est un résultat nul et une nouvelle intervention s'impose.

Le résultat de la castration unilatérale n'a pas été plus

satisfaisant chez notre sixième malade (obs. 111). Il faut dire que les annexes gauches, laissées en place, étaient déjà douloureuses avant l'opération. On avait ponctionné dans le cours de l'opération un certain nombre de petits kystes de l'ovaire. La malade continue à avoir des douleurs de plus en plus fortes. On complète la castration par une nouvelle laparotomie 3 mois après la première.

En somme, sur 6 cas, nous avons 4 cas qui, après 6 mois, un an 1/2, 2 ans et 3 ans 1/2 donnent des résultats parfaits. Les fonctions menstruelles s'accomplissent normalement, si bien que deux anciennes malades ont pu devenir enceintes. Dans aucun de ces 4 cas il n'y a de douleurs ni de pertes blanches.

En face de ces quatre succès, il nous faut placer deux échecs complets.

N'est-on pas cependant autorisé à conclure qu'il est préférable de s'en tenir à la castration unilatérale, toutes les fois qu'elle sera possible, quitte à pratiquer plus tard une laparotomie complémentaire si l'indication s'en impose.

La laparotomie est donc bien nettement indiquée dans les cas de salpingite unilatérale ; mais elle permet aussi, et ce n'est pas là un de ses moindres avantages, après un diagnostic de lésion double, de ne faire qu'une castration unilatérale. Les observations 25, 57, 66, en sont la preuve. Les malades des numéros 25 et 57 sont justement celles qui sont devenues enceintes.

Ces cas sont de ceux qui font préférer, à titre d'opération de contrôle, la laparotomie à l'hystérectomie vaginale.

A ce propos, citons le cas d'une de nos malades (obs. 18) chez laquelle les lésions n'ont pas été trouvées suffisantes

pour nécessiter l'ablation des annexes. On se contenta de faire l'hystéropexie, l'utérus étant en rétroversion, et de toucher au thermocautère quelques kystes de l'ovaire gauche. Pendant 5 mois la santé de la malade ne laissa rien à désirer, mais à cette époque survinrent brusquement de nouvelles douleurs. La malade fut reprise d'une nouvelle métrite, ce qui nous empêche de tenir compte de ce cas.

D'ailleurs la ponction au bistouri et la thermocautérisation des petits kystes de l'ovaire n'a pas donné, dans un cas cité précédemment (obs. 111), des résultats satisfaisants.

Pourtant, ce procédé de l'ignipuncture paraît donner d'assez bons résultats à M. le Dr Pozzi. Nous trouvons dans la thèse de M. Donnet (1), son élève, que « sur 23 malades ayant subi l'ignipuncture ou la résection partielle, 19 ont été guéries ; sur ces 19, 13 n'ont plus ressenti aucune douleur et ont eu une menstruation régulière ; 6 seulement ont conservé quelques petites douleurs, mais si légères que les malades, très faiblement incommodées, ont pu vaquer à leurs occupations ; une femme n'a été qu'améliorée ; 3 autres n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération. Enfin, 4 malades sont devenues enceintes, 3 ont accouché à terme d'enfants vivants ; une a fait une fausse couche ».

Parmi les 23 observations que publie M. Donnet, nous ne trouvons qu'une seule malade ayant subi la castration unilatérale. Elle a accouché d'un enfant vivant et bien portant. C'est un cas que nous pouvons rapprocher des 2 cas de grossesses de notre statistique que nous avons cités plus haut.

(1) Donnet, Th. de Paris, 1895.

Quant aux autres malades, elles n'ont pas subi de castration.

§ 2. — Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes.

Nous trouvons, sur les 96 malades que nous avons revues, 88 cas de castration bilatérale. Ils se divisent ainsi suivant la gravité des lésions :

Ovaro-salpingites suppurées		37
Ovaro-salpingites non suppurées	Hémato ou hydro-salpinx	9
	Salpingites catarrhales	33
	Ovarites scléro-kystiques	9

Nous allons étudier, dans chacune de ces catégories, les résultats éloignés de la laparotomie, surtout au point de vue de la persistance des règles, des pertes blanches, des douleurs. Nous parlerons plus loin de la cicatrice. Mais nous pouvons dire déjà que nous n'avons que deux éventrations à constater. Elles se sont produites chez des malades qui avaient subi un drainage abdominal.

A. Lésions suppurées.

Sur les 37 malades que nous avons revues, 33 malades sont guéries. Chez deux d'entre elles, la laparotomie n'a donné que des résultats médiocres ; chez deux autres, des résultats nuls. Voici comment se répartissent les 33 guérisons : 15 opérées n'ont plus aucune douleur ni aucune espèce de pertes, ce sont 15 résultats absolument parfaits.

Parmi les 17 autres malades guéries, 5 ont de légères pertes blanches (obs. 27, 36, 47, 83, 125); deux d'entre elles (obs. 36, 47) ne voient apparaître une légère leucorrhée qu'au moment présumé des règles; 3 de ces malades ne souffrent en aucune façon, 2 ont de très petites douleurs.

A celles-ci ajoutons-en 5 qui ont aussi des douleurs insignifiantes : de temps en temps elles souffrent soit dans la région lombaire, soit dans le ventre. C'est, du côté des pédicules, une légère sensation douloureuse qui ne dure qu'un instant, une sensation de picottement, de pincement (obs. 26, 32, 39, 96, 105).

Dans 3 autres cas les douleurs sont assez vives (obs. 5, 50, 52). Dans le premier (obs. 50) elles sont dues à un morceau d'ovaire laissé dans l'abdomen; dans le deuxième (obs. 52) à des adhérences formées au niveau du pédicule gauche. Ces deux cas, où l'on dut avoir recours à une laparotomie complémentaire, sont classés dans les résultats nuls.

4 opérées se plaignent d'avoir des pertes blanches, mais sans souffrir (obs. 12, 30, 53, 90).

5 malades ont des règles (obs. 20, 42, 81, 60, 63).

Chez 4 d'entre elles, ces règles se montrent tous les mois, elles sont accompagnées de très légères douleurs. L'une de ces malades (obs. 60) voit apparaître ses règles 2 fois par mois, mais elle n'en souffre pas le moins du monde. Une seule (obs. 63) éprouve des douleurs notables du côté gauche du ventre. Ses règles durent 10 à 12 jours, elle a des pertes blanches dans l'intervalle. En somme c'est un résultat médiocre.

Une fois les règles n'ont fait qu'une seule apparition (obs. 45) à la suite d'un excès de fatigue. Généralement cette malade voit apparaître de légères pertes blanches à l'époque présumée des règles.

Dans un autre cas (obs. 36) des métrorrhagies consécutives à la laparotomie ont disparu en 3 mois, grâce à des injections intra-utérines de chlorure de zinc à 1/100 ; la malade n'a plus, depuis deux ans, que des pertes blanches très légères apparaissant une fois par mois.

Nous nous résumons dans le tableau suivant. Sur 37 malades opérées pour lésions suppurées nous obtenons :

RÉSULTATS PARFAITS		16
RÉSULTATS SATISFAISANTS 17.	Très légère leucorrhée	5
	Très légères douleurs	5
	Leucorrhée assez abondante	4
	Règles peu ou pas douloureuses	3
RÉSULTATS MÉDIOCRES 2	Métrorrhagies et douleurs	1
	Douleurs seules	1
RÉSULTATS NULS :	(Douleurs dues à des adhérences)	2

B. LÉSIONS NON SUPPURÉES.

HÉMATO ET HYDRO-SALPINX. — Sur 9 opérées revues, 6 sont parfaitement guéries (obs. 23, 29, 35, 44, 102 et 103). L'une de celles-ci (obs. 29) a eu des règles chaque mois pendant un an 1/2, elles ont diminué peu à peu et fini par disparaître.

3 malades ont des règles (obs. 11, 69, 79) ; 2 n'en souffrent absolument pas (obs. 69, 79), mais cette dernière a des règles extrêmement abondantes avec caillots et qui durent 15 jours environ (résultat médiocre) ; la 3e (obs. 11) éprouve quelquefois, à certaines époques menstruelles, de très légères douleurs abdominales.

Salpingites catarrhales. — 33 *malades revues*. 17 opérées sont, à tous points de vue, parfaitement guéries. Une de nos malades est morte de diphtérie 3 mois après l'opération. Elle ne souffrait plus du ventre (obs. 4). 5 fois nous ne trouvons que de très légères douleurs seules (obs. 3, 82, 92, 94 et 104) ; 2 fois de très légères pertes blanches (obs. 118 et 121).

Deux opérées ont des pertes blanches plus abondantes (obs. 33 et 51). Cette dernière ne les voit apparaître qu'aux époques menstruelles et éprouve de très légères douleurs à ce moment ; 4 fois les règles persistent, une fois sans douleur (obs. 126), dans un autre cas avec des douleurs insignifiantes (obs. 122) ; enfin les 2 autres malades présentent, avec les règles, des pertes blanches et des douleurs (obs. 15, 38). Ce sont 2 résultats médiocres.

Dans un cas, des règles n'ont apparu qu'une fois (obs. 114). Nous avons à signaler 2 fois des douleurs existant seules (obs. 62 et 113). La 1re malade (obs. 62) a toujours souffert depuis son opération, c'est un résultat nul. Chez la 2e (obs. 113), on trouve au toucher, au fond du cul-de-sac droit, un noyau induré, mobile, douloureux, constitué par des adhérences. En somme sur 33 malades opérées pour salpingites catarrhales nous obtenons :

Résultats parfaits		17
Résultats satisfaisants 12.	Légère leucorrhée	2
	Légère douleur	6
	Leucorrhée assez abondante	2
	Règles peu ou pas douloureuses	2
Résultats médiocres 3	Règles douloureuses et leucorrhée	2
	Douleur due à des adhérences	1
Résultats nuls		1

Ovarite scléro-kystique. — 5 malades sur les 9 qui

ont été revues sont guéries d'une façon absolument parfaite (obs. 7, 22, 65, 108, 120). Nous ajoutons à celles-ci celle qui fait l'objet de l'observation 68. Elle était en effet fort bien guérie au bout d'un an. Actuellement, elle est soignée à Laënnec, dans le service de M. Nicaise, pour une péritonite tuberculeuse.

A côté de ces 6 résultats parfaits, nous avons 2 résultats nuls (obs. 75, 101) et un résultat médiocre (obs. 106). Cette dernière malade souffre de temps en temps, elle a quelques légères pertes blanches. Des deux premières malades, l'une (obs. 75) qui souffrait toujours du ventre et avait des pertes blanches a subi en janvier 1896 une hystérectomie vaginale par M. le Dr Richelot ; la deuxième a des douleurs et de la leucorrhée. On voit en somme que la proportion d'insuccès est assez considérable dans les cas d'ovarites scléro-kystiques, puisque nous en comptons 3 sur 9 cas, c'est-à-dire un tiers.

Résumons dans un tableau d'ensemble les résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes.

		Résultats parfaits.	Résultats satisfaisants.				Résultats médiocres.		Résultats nuls.
			Légère leucorrhée.	Leucorrhée assez abondante	Légères douleurs	Règles peu ou pas douloureuses	Métrorrhagies, douleurs et leucorrhée	Douleurs avec ou sans pertes blanches	
Lésions suppurées.		16	5	4	5	3	1	1	2
Lésions non suppurées	Hémato ou hydro-salpinx	6	»	»	»	2	1	»	»
	Salp. catarrhales. . . .	17	2	2	6	2	2	1	1
	Ovarites scléro-kystiques	6	»	»	»	»	»	1	2
		45	7	6	11	7	4	3	5

D'après ce qui précède, les résultats éloignés de la laparotomie sont meilleurs dans les cas de salpingites suppurées que dans ceux de lésions non suppurées. Nous avons en effet :

Lésions suppurées	37 cas,	4 résultats médiocres ou nuls	(10 0/0).
Lésions non suppurées	51 cas,	8 » » »	(13,6 0/0).

Au total, nous avons pour 88 cas, 45 guérisons parfaites, 31 cas de guérisons avec très légères douleurs ou des pertes blanches ou des règles et 12 cas de résultats médiocres ou nuls.

Ces 12 cas pour 88 opérées donnent une proportion de 13 0/0, c'est-à-dire que sur 100 opérées 87 sont en très bonne santé, 13 sont peu ou pas soulagées par l'intervention.

Nous devons dire ici, que l'hystérectomie vaginale donne elle aussi des guérisons incomplètes. M. Baudron (1) signale dans la statistique de M. le Dr Segond un certain nombre de malades que l'hystérectomie n'a pas guéries d'une façon parfaite et qui continuent à souffrir. Il cite 10 cas de guérisons imparfaites, 3 de ces cas comprennent « des femmes déjà laparotomisées sans succès ». Il conclut en disant que l'hystérectomie vaginale fait bénéficier les malades de 92 guérisons complètes sur 100 cas.

Nous venons de signaler quels étaient les résultats de la laparotomie suivant la gravité des cas.

Nous allons reprendre en détail, dans le chapitre suivant, chacun des symptômes que nous avons observés, règles,

(1) Baudron, Th. de Paris, 1896, p. 103.

pertes blanches, douleurs, en ajoutant à l'étude de ceux-ci l'étude des résultats de la cicatrice et celle des troubles nerveux.

Mais auparavant, nous devons rendre compte de 2 cas de laparotomies complémentaires, qui complètent notre statistique.

Dans la 1re (obs.73) il s'agit d'une malade, qui, cinq mois après une 1re laparotomie pour salpingite purulente, éprouvait des douleurs abdominales.

Elle avait, en outre, des mictions fréquentes et douloureuses ; on sentait au toucher, dans le cul-de-sac gauche, une petite tumeur arrondie, du volume d'une mandarine et très douloureuse. Une nouvelle laparotomie permit de constater des adhérences de l'S iliaque, de l'intestin grêle et de la vessie à la région du pédicule. La libération, très difficile d'ailleurs, de ces adhérences, suffit à guérir la malade. Cependant, 8 mois après, elle souffre encore légèrement dans le ventre du côté droit; mais ces douleurs sont très tolérables. A l'examen, on trouve dans le cul-de-sac droit, une série de nodosités du volume du pouce. Nous devons ajouter que la cicatrice paraît peu solide.

Dans un 2e cas (obs. 77), c'est une malade chez laquelle une partie de l'ovaire était restée dans l'abdomen : pendant la pédiculisation externe du côté droit, le fil avait glissé sur l'ovaire, sans qu'on s'en aperçut, et celui-ci avait été sectionné. Après suture de la paroi abdominale, à l'examen des pièces, on remarqua que l'ovaire n'avait pas été enlevé en entier. La malade guérit ; mais sept mois après, elle continuait à souffrir du ventre du côté droit et à avoir des pertes blanches. On fit une deuxième opéra-

tion pour enlever le morceau d'ovaire devenu kystique, et qui avait atteint la grosseur d'un petit œuf de poule ; il était très adhérent à la face postérieure des ligaments larges. La malade sortit guérie de l'hôpital, mais nous n'avons pu la retrouver depuis :

Ce cas est d'un grand intérêt. Si une partie de l'ovaire, abandonnée dans l'abdomen, devient kystique et occasionne des douleurs, comment se fait-il que cela ne se rencontre pas plus souvent à la suite de l'hystérectomie vaginale où les annexes sont souvent laissées en place en totalité ou en partie? Nous ne pouvons répondre à cette question et nous pensons que, peut-être, les observations de cas douloureux, consécutifs à l'hystérectomie et ayant pour origine la conservation des annexes, n'ont pas été publiés.

Deux autres malades ont subi une laparotomie complémentaire à l'ablation unilatérale des annexes (obs. 129 et 131). La première avait déjà été opérée par M. le Dr Le Bec à l'hôpital St-Joseph. Elle a été réopérée récemment par M. le Dr Pierre Delbet. Quant à la deuxième nous en avons parlé déjà au chapitre de la castration unilatérale.

CHAPITRE V

Des divers phénomènes consécutifs à la laparotomie.

§ 1. — Règles.

La persistance des règles a été attribuée tantôt à l'ablation incomplète de l'ovaire, tantôt à une sorte d'habitude prise par l'utérus de se congestionner périodiquement. Nous ne dirons rien de cette deuxième hypothèse. Quant à la première nous aurions pu avoir l'occasion de la vérifier au sujet d'une de nos malades chez laquelle une partie de l'ovaire avait été laissée dans l'abdomen. Cette malade n'a cependant présenté aucune espèce de phénomène menstruel. Il est vrai que l'ovaire était très altéré.

Parmi les malades revues, opérées pour lésions bilatérales, 11 ont actuellement des règles. Nous relevons 4 cas de persistance des règles sur 37 cas de lésions suppurées et 7 sur 51 de lésions non suppurées. Ce phénomène est donc, dans notre statistique, moins fréquent dans la première catégorie (11 0/0) que dans la seconde (13 0/0). Il est vrai que la différence est bien minime. Nous devons faire remarquer qu'aucune laparotomie pour ovarite scléro-kystique, n'a été suivie de règles. Mais ces cas sont peu nombreux.

Les règles apparaissent, chez les opérées, soit pendant le mois qui suit l'opération, soit quelque temps après, 2 mois

(obs. 29), 7 mois (obs. 20). Elles sont souvent aussi abondantes et de même durée qu'avant le début de la maladie, ce que nous constatons 7 fois sur 11 cas. Ajoutons que ces règles sont quelquefois légèrement douloureuses. Mais cette légère dysménorrhée ne se rencontre-t-elle pas chez des femmes absolument saines ? aussi nous n'hésitons pas à classer ces cas parmi les résultats satisfaisants. Ils sont au nombre de 4 (obs. 20, 42, 11 et 15).

Dans les 3 autres cas, nous ne rencontrons aucune espèce de douleur (obs. 69, 122, 126).

A côté de ces cas, dans lesquels les règles se montrent telles qu'elles étaient avant le début de la maladie, il y en a d'autres où l'on observe des métrorrhagies et des ménorrhagies.

Une seule de nos malades a de véritables métrorrhagies (obs. 79). Elle a, dit-elle, des pertes avec caillots, qui durent quinze jours par mois. Elle n'en est pas moins en excellente santé et ne présente aucun signe d'anémie. Cet état menstruel anormal ne l'a d'ailleurs jamais obligée d'interrompre ses occupations : elle n'a jamais eu, depuis son opération, la moindre douleur de ventre. Une 2e malade (obs. 60) voit ses règles deux fois par mois, sans avoir jamais souffert. Une seule malade a présenté des métrorrhagies, reliquat d'une métrite ancienne, qui ont apparu quelques jours après la laparotomie (obs. 36). Elles ont complètement cessé à la suite d'injections intra-utérines de chlorure de zinc à 1/100. Au bout de 3 mois la malade était complètement rétablie.

Quelques autres opérées (obs. 37, 47, 114) ont vu apparaître une seule fois, depuis leur opération, un léger

écoulement sanguin. Ce phénomène, qui s'est manifesté après une grande fatigue occasionnée par la marche, ne s'est plus jamais reproduit.

Nous avons à signaler, enfin, deux cas (obs. 58, 63) où des ménorrhagies douloureuses nous ont fait classer les malades qui en sont atteintes parmi les résultats médiocres. Des pertes blanches apparaissent d'ailleurs dans l'intervalle des règles. Dans les 2 cas, l'utérus est augmenté de volume ; dans le 1[er], il est en rétroversion, dans le 2[e], on note des adhérences douloureuses au niveau du pédicule gauche.

La persistance des règles n'est donc pas, en général, un phénomène grave. Nous n'en tenons pas compte lorsqu'il n'est pas accompagné de douleurs notables et nous classons ces opérées parmi celles qui présentent un résultat satisfaisant. La quantité des pertes menstruelles diminue d'ailleurs peu à peu (obs. 20) et arrive à disparaître au bout d'un temps plus ou moins long (obs. 29).

Nous nous sommes demandé si les règles étaient moins fréquentes lorsque l'hystéropexie avait été pratiquée. Sur onze cas de persistance des règles, 7 fois on n'avait pas fait d'hystéropexie, et dans ces 7 cas, on note, avec les règles, 4 fois de légères douleurs, 2 fois de fortes douleurs, un seul cas indolent.

Les 4 malades qui ont subi l'hystéropexie présentent, au contraire, des règles sans aucune espèce de douleurs.

Les règles sont donc plus fréquentes et plus ou moins douloureuses chez les malades qui n'ont pas subi l'hystéropexie ; tandis qu'elles sont plus rares et indolentes dans les cas où elle n'a pas été faite. Nous parlerons un peu plus loin des

résultats de l'hystéropexie au point de vue de la douleur.

§ 2. — Leucorrhée.

Des pertes blanches s'observent après la laparotomie, mais en quantité relativement peu considérable. Dans deux cas elles accompagnent une métrite et les malades éprouvent des douleurs assez vives (obs. 75 et 101). La première malade a subi au bout d'un an et demi après la laparotomie une hystérectomie vaginale. Elle souffrait beaucoup et avait d'abondantes pertes blanches. La seconde (obs. 101) présente les mêmes symptômes que la malade précédente. Elles doivent toutes deux être classées parmi les résultats mauvais.

Mais à côté de ceux-ci, il est d'autres cas où nous observons des pertes blanches assez abondantes sans la moindre douleur (obs. 12, 30, 53, 90, 33); ces malades peuvent sans peine se livrer à leurs occupations, elles sont très bien portantes, nous pouvons donc, malgré la leucorrhée, les considérer comme guéries. Il en est en outre quelques autres (8 cas) (obs. 27, 83, 36, 47, 125, 118, 121, 51) qui ont de très légères pertes blanches ; 4 d'entre elles (obs. 27, 36, 47, 51) ne les voient apparaître qu'une fois par mois, à l'époque présumée des règles. Elles n'en sont aucunement incommodées.

§ 3. — Douleurs.

Les douleurs abdominales, à la suite de la laparotomie, sont certainement le phénomène le plus grave que nous

ayons à constater. Les règles et les pertes blanches, peu ou pas douloureuses, ne nous empêchent pas de considérer une opérée comme guérie. Il n'en est pas de même lorsqu'elle continue à souffrir. Heureusement les cas douloureux sont rares.

Remarquons que les douleurs consécutives à la laparotomie ne sont pas d'autant plus fréquentes que les lésions étaient graves, elles seraient au contraire plutôt moins fréquentes dans les cas graves. Ainsi, pour 37 cas de lésions suppurées, nous notons 3 cas douloureux, tandis que nous en comptons un nombre égal pour 9 cas seulement d'ovarite scléro-kystique ; c'est d'ailleurs cette catégorie qui paraît donner les résultats les plus mauvais au point de vue de la douleur.

Les cas notablement douloureux, au nombre de onze, rentrent tous dans la catégorie des résultats médiocres ou dans celle des résultats nuls.

Voici comment ces cas se répartissent dans chacune de ces deux catégories suivant l'intensité des douleurs.

Résultats médiocres.

(Douleurs notables, mais modérées.)

Obs. 5	douleurs seules,
Obs. 15 Obs. 58 Obs. 63	règles douloureuses, quelques pertes blanches et quelques adhérences douloureuses.
Obs. 106 Obs. 113	adhérences douloureuses.

Résultats nuls.

(Douleurs aussi intenses qu'avant la laparotomie.)

Obs. 50		ovaire abandonné en partie dans l'abdomen et devenu très douloureux.
Obs. 52		adhérences douloureuses.
Obs. 75	}	métrite, pertes blanches, douleurs vives.
Obs. 101	}	
Obs. 62		douleurs seules sans adhérences.

Disons, pour plus de clarté, qu'un seul cas de métrorrhagies non douloureuses complète la liste des résultats médiocres.

Nos mauvais résultats sont donc ci-dessus exposés en détail.

On voit, d'après ce tableau, que deux fois des douleurs très vives sont dues à une métrite persistant après la laparotomie. Dans un cas, la malade dut subir une hystérectomie vaginale complémentaire.

Nous avons rendu compte des obs. 50 et 52 à propos des laparotomies complémentaires.

Trois fois les douleurs accompagnent des règles (obs. 15, 58, 63). Les phénomènes douloureux sont occasionnés, dans quelques cas, par des adhérences péritonéales formées à la région du pédicule (obs. 106, 52, 113, 151, 58, 101 etc.). Ces adhérences donnent au toucher la sensation de nodosités situées près de la corne utérine, et dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une mandarine.

Dans certains cas, le toucher ne révèle rien de particulier, et la douleur doit être attribuée à des phénomènes nerveux (obs. 5, 62).

Nous avons classé 11 cas sous la rubrique « légères

douleurs ». Ce sont en effet des malades qui souffrent très légèrement du côté des pédicules. Elles ont, de temps en temps, une petite sensation douloureuse, que les unes comparent à une piqûre d'aiguille, d'autres à un pincement. Les malades ne sont pas incommodées par ces douleurs qu'elles ne penseraient même pas à accuser, si on ne les interrogeait à ce sujet ; nous sommes donc autorisé à les classer parmi les résultats satisfaisants.

Nous avons remarqué aussi des douleurs à la miction et à la défécation; elles peuvent être dues à des adhérences péritonéales à la vessie et au rectum.

Deux malades ayant des douleurs à la miction sont classées l'une dans les résultats médiocres (obs. 106), elle souffre très rarement ; l'autre dans les résultats nuls (obs. 52); une laparotomie secondaire (obs. 73) permit de constater chez cette malade des adhérences épaisses de la vessie à la région des pédicules.

Nous ne relevons qu'une fois de légères douleurs à la défécation (obs. 20); peut-être sont-elles dues à de la rétroversion utérine, mais comme la malade n'habite pas Paris, nous n'avons pu nous en rendre compte.

Y a-t-il une relation entre l'agent infectieux des salpingites et les douleurs consécutives à la laparotomie ?

D'après M. Reymond (1) le gonocoque pénètre dans la trompe en suivant la lumière; on le trouve à la surface de la muqueuse dont il traverse rarement l'épithélium. Le streptocoque au contraire « pénètre dans les annexes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques », il se trouve dans

(1) Reymond, Th. de Paris, 1895, p. 99.

toutes les couches de l'ovaire, de la trompe et des ailerons ; les ailerons et le ligament large lui-même sont augmentés de volume, distendus et œdémateux ». On peut alors se demander si, après l'ablation d'une salpingite purulente à streptocoques, le ligament large pédiculisé, encore infiltré dans son épaisseur, ne donne pas lieu, dans la suite, à de légères poussées infectieuses occasionnant des adhérences et des douleurs.

16 de nos observations rapportent un examen bactériologique ; 9 fois cet examen n'a révélé l'existence d'aucun microbe (obs. 35, 40, 42, 44, 45, 50, 53, 55 et 60). La malade de l'observation 60 n'a pas été revue. Les autres sont toutes parfaitement guéries, sauf celle de l'observation 50. Mais on avait abandonné chez elle une partie de l'ovaire dans l'abdomen. Nous n'avons donc pas à tenir compte de ce cas.

4 fois on a trouvé le gonocoque (obs. 54, 57, 59, 64) ; l'une de ces malades (obs. 59) est morte un mois plus tard d'une pleurésie purulente ; les 2 autres ont bénéficié d'une guérison complète (obs. 57, 64). La dernière (obs. 54) n'a pas été retrouvée.

Enfin, 3 fois les cultures du pus ont révélé l'existence du streptocoque (obs. 43, 48, 52). Deux de ces malades seulement ont été revues. L'une (obs. 43) est parfaitement guérie ; l'autre (obs. 52), peu de temps après l'opération, commença à souffrir. On sentait, au toucher, dans le cul-de-sac gauche une tumeur douloureuse, accolée à la corne utérine, du volume d'une mandarine. Une 2e laparotomie (obs. 73) démontra l'existence d'adhérences épaisses et résistantes de l'S iliaque, d'une anse d'intestin grêle et de

la vessie à la région du pédicule gauche. Ce cas justifie donc pleinement l'hypothèse énoncée plus haut.

Les adhérences péritonéales et les douleurs qu'elles entraînent seraient donc à redouter plus particulièrement dans les cas où l'examen bactériologique a révélé dans le pus l'existence du streptocoque. Cette complication serait moins à craindre dans les cas où l'on trouve du gonocoque ou dans les cas où le pus est stérile.

L'hystéropexie diminue-t-elle les douleurs consécutives ?

Une autre cause de douleurs est fournie par les déviations utérines, qui, souvent, sont consécutives à l'ablation des annexes. N'est-on pas en droit de penser, qu'en prévenant ces déviations, on supprime, par là, un certain nombre de cas douloureux. Tel est le bénéfice que l'on peut attendre de l'hystéropexie abdominale, faite avant de refermer le ventre, après l'ablation des annexes. M. Pierre Delbet a adopté systématiquement cette pratique depuis quelques mois.

Disons tout d'abord que, pas une seule fois, l'hystéropexie, en elle-même, n'a échoué. Toutes les fois que nous avons eu l'occasion de pratiquer le toucher chez une malade ayant subi l'hystéropexie depuis un temps variant entre 6 mois et 3 ans, nous avons toujours trouvé l'utérus bien fixé à la paroi abdominale. D'ailleurs, une laparotomie complémentaire (obs. 111) nous a permis de nous rendre compte des adhérences solides que contracte l'utérus ainsi fixé.

Sur 87 cas de castration double, 45 fois l'utérus n'a pas été fixé ; 42 fois il a été fixé à la paroi.

Dans les 45 cas où l'hystéropexie n'a pas été faite, nous trouvons cinq cas douloureux (obs. 5, 15, 20, 58, 63) en laissant de côté un cas où les douleurs étaient occasionnées par une partie de l'ovaire laissé dans l'abdomen (obs. 50). Éliminons l'observation 15 où les douleurs sont expliquées par des adhérences à la région du pédicule. Il nous reste donc, pour 44 laparotomies sans hystéropexie, 4 cas douloureux. Nous relevons, parmi ceux-ci, les deux résultats médiocres (obs. 58, 63) que nous avons signalés plus haut ; dans l'une (obs. 63), nous constatons une rétroversion douloureuse. Nous avons lieu de la soupçonner dans un autre cas (obs. 20) où la malade écrit qu'elle souffre en allant à la selle quoique n'étant pas constipée.

Parmi les 42 malades ayant subi l'hystéropexie, 5 continuent à souffrir. Mais ceci est expliqué nettement, dans 2 cas que nous éliminons (obs. 101 et 113), par l'existence d'adhérences. Nous comptons donc 3 cas douloureux, parmi lesquels celui de la malade (obs. 75) qui a subi, dans le service de M. Richelot, une hystérectomie vaginale complémentaire.

En somme, nous trouvons un peu moins de cas douloureux lorsque l'utérus a été fixé à la paroi abdominale que lorsqu'il a été laissé libre. La proportion de cas douloureux est de 7 pour 100 cas de guérison, lorsque l'hystéropexie a été pratiquée, tandis qu'elle n'est que de 5 pour 100 lorsqu'elle n'a pas été faite. D'ailleurs, nous pouvons affirmer que l'hystéropexie aurait évité chez les malades des observations 20 et 63 les douleurs occasionnées par la rétroversion.

La différence entre les deux catégories de malades n'est

pas suffisante pour nous permettre de tirer une conclusion bien ferme. Il semble cependant qu'on ait à attendre des bénéfices de l'hystéropexie après l'ablation des annexes.

§ 4. — De l'éventration et de la cicatrice chez les anciennes opérées.

Chez la plupart de nos malades, la cicatrice se réduit à une simple petite ligne blanche, longue de quelques centimètres, à peine visible. Pour 52 malades chez lesquelles la cicatrice a été mesurée, nous obtenons comme longueur moyenne 5 cm. 5 au bout de 6 mois à 3 ans 1/2. Chez un certain nombre de malades, la longueur de la cicatrice est inférieure de deux centimètres environ à celle de l'incision : la rétraction est plus ou moins considérable suivant la qualité des tissus. Nous avons remarqué quelquefois l'élargissement superficiel de la cicatrice, mais sans que la solidité des plans profonds fût compromise. Deux fois nous avons noté (obs. 11, 35) une légère chéloïde cicatricielle.

L'inconvénient le plus sérieux de la cicatrice est l'éventration qui survient uniquement, d'après nos observations, *à la suite du drainage abdominal*; sur 95 opérées, 17 fois on a fait un drainage abdominal, deux fois seulement nous avons eu à constater l'apparition d'une hernie.

Dans le premier cas (obs. 11) il s'agissait de kystes séreux du ligament large, ayant nécessité un drainage de Mikulicz, à la place duquel persista une fistule pendant plusieurs mois. 9 mois après l'opération une hernie apparut, qui est actuellement, au bout de 3 ans 1/2, du volume d'un œuf.

Dans le second cas (obs. 20, salpingite purulente, drainage) la malade nous écrit, au bout de 2 ans 1/2, qu'elle a une hernie, de la grosseur d'une noix, à la place de la cicatrice.

Nous avons observé aussi, dans 5 autres cas (obs. 6, 11, 12, 8, 32), un point faible à la partie inférieure de la cicatrice, deux fois à la partie moyenne (obs. 58, 52). Dans ce dernier cas, un fil d'argent s'était rompu le 3e jour après l'opération, dans tous les autres, il avait été fait un drainage abdominal.

On conseille généralement aux malades, après la laparotomie, le port d'une ceinture abdominale, pendant les 6 premiers mois. Deux de nos malades ont négligé cette précaution, elles ont toutes deux une cicatrice très solide, mais il faut ajouter que ni l'une ni l'autre ne se livrent à des travaux fatigants.

Nous avons laissé de côté, dans le calcul de la longueur moyenne de la cicatrice, un cas (obs. 80) dans lequel celle-ci mesure 30 centimètres. C'était un cas d'éventration spontanée. L'incision avait été faite du pubis à deux doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde, pour permettre de réséquer une partie de la paroi abdominale. La cicatrice, revue 9 mois après l'opération, est solide.

Il nous reste à dire ce que sont devenus les cas de fistule que nous avons notés au sujet des résultats immédiats : une malade n'a pas été retrouvée (obs. 97). Deux ont encore des fistules au bout de 5 mois, mais presque fermées (obs. 99, 109), une fistule a duré 8 mois (obs. 11), une autre un an (obs. 28). Ces fistules succédaient, nous l'avons dit, à un drainage abdominal. C'est ce procédé, nous ne

saurions trop le répéter, qui est seul la cause des éventrations, des points faibles de la cicatrice, et des fistules dans presque tous les cas; aussi M. Pierre Delbet n'a pas hésité à l'abandonner, pour le remplacer par le drainage vaginal dont nous avons parlé plus haut.

§ 5. — Des troubles congestifs et nerveux.

Un certain nombre de malades éprouvent, à la suite de la castration double, des troubles nerveux variables ; ce sont presque toujours des bouffées de chaleur au visage qui apparaissent soit à l'époque présumée des règles, soit lorsque la malade est fatiguée (obs. 7, 9, 11, 68 etc.); elles surviennent alors plusieurs fois dans la journée, toutes les heures, toutes les demi-heures.

D'autres fois ces troubles sont constants ; au lieu de se montrer à époque déterminée, ils apparaissent tous les jours. Il faut dire qu'ils sont beaucoup moins fréquents dans les cas de persistance des règles.

Nous avons noté aussi des maux de tête (obs. 65, 83, 103), des palpitations, des sueurs survenant en même temps que les bouffées de chaleur. Chez une de nos malades (obs. 103), les sueurs étaient extrêmement abondantes et les bouffées de chaleur tellement gênantes qu'il lui était souvent impossible de travailler.

Nous avons remarqué, une fois, des phénomènes congestifs du côté des poumons, se manifestant le matin par de la toux et des crachats striés de sang (obs. 96), la malade n'ayant aucun signe de tuberculose ; et une fois aussi des

phénomènes congestifs du côté de la glande mammaire (obs. 23). Ceux-ci se sont traduits par de la sécrétion lactée survenue dans le sein droit, quelques jours après l'opération, et persistant encore légèrement 6 mois après la laparotomie.

Tous ces troubles, les bouffées de chaleur en particulier, fréquents pendant les premiers mois qui suivent la castration, diminuent et disparaissent peu à peu un certain temps après (obs. 32, 34).

Certains troubles psychiques sont aussi à signaler : les opérées éprouvent un changement dans le caractère qu'elles sont les premières à reconnaître. Tantôt elles deviennent extrêmement irritables (obs. 29), tantôt elles deviennent tristes, impressionnables, et pleurent pour le moindre motif (obs. 47, 106).

Deux de nos malades se sont aperçues d'une notable diminution de leur mémoire (obs. 51, 106).

Les sensations génitales sont souvent identiques à ce qu'elles étaient auparavant. « La castration ne paraît pas, dit M. Lucas-Championnière (1), modifier beaucoup chez la femme, le désir ni les satisfactions génitales. Les femmes se trouvent ensuite à peu près comme auparavant. J'ai même eu l'occasion de voir une femme continuer à se masturber comme par le passé. En somme la transformation de la femme, de ce fait, est si peu accusée qu'on ne saurait en faire un inconvénient bien grave pour les patientes ».

Chez deux de nos malades, cependant, les sensations génitales sont moins vives (obs. 47, 101) ; nous remarquons

(1) Lucas-Championnière. In Pinesse, thèse Paris, 1893.

que cela correspond chez elles à un certain degré de tristesse. Deux fois nous avons noté une augmentation de l'appétence génitale. Dans le premier cas (obs. 11) les désirs sexuels sont insatiables pendant quelques mois. Mais cet érotisme momentané est bientôt disparu. Dans un 2e cas (obs. 39) les sensations et les désirs génitaux sont plus vifs depuis que la malade a été opérée, c'est-à-dire depuis un an 1/2.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — *Torsion du pédicule salpingé, simulant une obstruction intestinale.* — Félicie R..., 35 ans, entrée le 30 février 1892 à la Charité.

Laparotomie le 21 février 1892. — Ablation des annexes des deux côtés. Lavage du péritoine ; drainage à la gaze iodoformée.

Obs. publiée par M. Pierre Delbet dans le *Bulletin de la Soc. d'anat.*, 8 avril 1892, p. 300.

Malade non retrouvée.

Obs. 2. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage à la gaze iodoformée. — Guérison.* — R... Augustine, 21 ans, couturière, entrée le 4 juillet 1892 à la Charité.

Laparotomie le 20 juillet 1892. — Trompe et ovaire droits très adhérents, volume d'une pomme. Trompe et ovaire gauches plus volumineux. Adhérences à l'S iliaque, à l'utérus, à la vessie. On est obligé de pédiculer par fragments successifs. Quelques points de suture sur l'S iliaque, malmené mais non perforé. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Pendant les 3 premiers jours, la température s'élève aux environs de 38°, puis redevient normale. Guérison. La malade sort le 14 septembre 1892 ; non retrouvée.

Obs. 3. — *Salpingite catarrhale. — Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Castration double. — Guérison.* — F.... Antoinette, 27 ans, cuisinière, entrée à la Charité le 16 juillet 1892. Entre à l'hôpital pour des douleurs très vives dans le ventre, qui rendent tout travail impossible.

Laparotomie le 25 juillet 1892. — Ablation des annexes. On trouve des ovaires scléro-kystiques et de la salpingite catarrhale.

Suites opératoires. — Bonnes. Le 2e jour T. = 38°6. La malade sort guérie le 30 août 1892.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 19 décembre 1892. Depuis son opération, elle a travaillé aux besognes les plus pénibles sans rien ressentir. Il y a deux mois, elle a commencé à éprouver des cuis-

sons dans la région vésicale. Cicatrice parfaite à peine visible. Au toucher, on sent les culs-de-sac complètement souples et indolents. Aucune lésion. Les cuissons sont peut-être dues à un peu de cystite. La malade écrit, *le 16 février* 1893, qu'elle est en parfaite santé, elle travaille sans fatigue, comme auparavant. Cependant elle a une légère douleur dans l'aine droite et éprouve encore quelques cuissons vésicales.

Obs. 4. — *Salpingite catarrhale double.* — Alexandrine G..., 26 ans, entrée le 12 mai 1892 à la Charité.

Laparotomie le 27 juillet.— Ablation bilatérale des annexes. Guérison. Les détails de l'observation manquent.

Résultats éloignés. — La malade meurt en octobre 1892 de diphtérie, mais on nous affirme qu'après son opération, elle ne souffrait plus du tout du ventre.

Obs. 5. — *Pyosalpinx. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — M... Marie, 22 ans, entrée le 28 juin 1892 à la Charité. Pleurésie il y a deux ans. Réglée à 19 ans, régulièrement. Ni enfants, ni fausses couches. A 21 ans la malade est restée six mois sans avoir ses règles ; depuis, elles sont revenues, mais n'apparaissent guère que tous les deux mois. Depuis 3 ans 1/2, douleurs dans le ventre, pertes blanches. Depuis un an douleurs en urinant. Au toucher on sent un utérus et des culs-de-sac douloureux. A gauche, grosse tuméfaction.

Laparotomie le 27 juillet. — Ablation bilatérale des annexes.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température.

Résultats éloignés. — 3 mai 1893. La cicatrice étendue indique que l'opération a été laborieuse ; elle présente à la partie inférieure des traces du drainage à la Mikulicz. La cicatrice est parfaite. La malade porte sa ceinture, mais elle se plaint de souffrir. Elle a eu depuis l'opération une fois ses règles, le 24 janvier dernier. Rien depuis. Elle se plaint de cracher du sang, mais c'est une fille de brasserie, alcoolique. Les douleurs dont elle se plaint siègent surtout du côté gauche, ce sont des élancements qui la prennent sans raison apparente, dit-elle.

Les rapports sexuels ne sont pas douloureux. Au toucher, on sent un peu d'empâtement du côté gauche, mais rien de précis. La malade accuse des douleurs. L'utérus a un volume normal, il est en bonne position et mobile ; les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas douloureux.

Obs. 6. — *Salpingite purulente à gauche. — Catarrhale à droite. — Laparotomie : castration double. — Drainage à la gaze. — Guérison.* — T... Marie, 32 ans, employée de commerce, entre à la Charité le 6 juillet 1892.

Laparotomie le 30 juillet 1892. — A droite : Salpingite. Adhérences éploïques légères. A gauche : Salpingite purulente et ovarite. Adhérences très intimes à l'S iliaque : libération difficile. Une petite poche purulente est ouverte. Drainage à la gaze iodoformée. Sort guérie le 18 septembre.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 4 *août* 1893, elle est très satisfaite de son état ; ne souffrant plus, elle peut travailler à sa guise. Elle n'a jamais eu ses règles ; elle perd un peu en blanc depuis quelque temps.

Elle porte toujours sa ceinture ; la cicatrice est étroite et rentre quand la malade tousse, mais en bas il existe un point faible qu'on sent nettement avec le doigt.

Obs. 7. — *Ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Castration double. — Guérison.* — L... Marie, 28 ans, couturière, entre le 24 août 1892 à la Charité. Réglée à 12 ans ; à cette époque fièvre typhoïde. Bien réglée ensuite, sans douleur. Dès le début des règles, pertes blanches dans l'intervalle, anémie, chlorose. En *avril* 1887, un enfant à terme. Accouchement régulier. La malade commence à souffrir dans la suite. En *novembre* 1887, fausse couche de deux mois, les souffrances augmentent, un médecin consulté diagnostique rétroflexion. En *mars* 1888 perte abondante dix jours après les règles. En *octobre* 1890, un enfant à terme. Accouchement régulier. Les douleurs s'accentuent de plus en plus. Le 24 *août* 1892 la malade vient à l'hôpital parce que les douleurs sont intolérables; elle souffre dans le bas-ventre des deux côtés et dans les reins. Elle ne peut se tenir debout. Quand elle est assise elle souffre dans la région coccygienne. Elle se plaint de constipation, a quelques pertes blanches peu abondantes. Ses règles assez régulières et abondantes durent 5 à 6 jours.

Examen. — Rétroflexion utérine irréductible. Prolapsus des deux ovaires.

Laparotomie le 30 août 1892. — La rétroflexion se laisse facilement réduire, à peine quelques très légères adhérences. Ovaire droit scléro-kystique atrophié, trompe simplement congestionnée. Ovaire gauche scléro-kystique avec un kyste de la grosseur d'une noisette.

Suites opératoires. — Normales. T. = 38°2 le 2e jour, puis température normale. Sort guérie.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 6 *janvier* 1893 ; elle est très satisfaite de son état et ne souffre plus du ventre. De temps en temps elle éprouve une légère sensation très rapide et plutôt anormale que douloureuse. Les règles ont complètement disparu, mais au moment des époques, la malade a des bouffées de chaleur au visage ; elle a encore de légères pertes blanches peu abondantes pour lesquelles elle prend des injections.

Cicatrice de 7 cm. 1/2 de longueur, absolument linéaire et ne mesurant pas plus de un millimètre de largeur. Elle est à peine plus visible que la ligne blanche et un peu pigmentée.

Obs. 8. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Castration double.* — B... Amélie, 22 ans, baigneuse, entrée à la Charité le 16 août 1892. Premiers rapports sexuels à 17 ans. Dysménorrhée, leucorrhée. Jamais de métrorrhagies. La malade fait remonter sa maladie au 15 juin 1892, époque où elle eut une fausse couche de trois mois. Depuis ce temps douleurs constantes dans le ventre, elle souffre énormément et constamment ; elle ne peut faire aucun travail. Les douleurs augmentent au moment des règles qui avaient du reste diminué depuis le début de la maladie ; elles ne durent en effet que deux jours tandis qu'elles duraient huit jours auparavant. *Examen. Toucher.* Utérus petit, légère rétroversion, col normal. Hystérométrie, 6 cm. 1/2. Cul-de-sac latéral gauche légèrement empâté ; trompe et ovaire gauche assez douloureux, la trompe ne semble pas offrir une augmentation considérable de volume. Trompe droite et ovaire droit très douloureux. On constate une tumeur de la grosseur d'une noix dans la région de la trompe droite tout près de l'utérus.

Laparotomie le 30 août 1892. — On trouve une salpingite catarrhale double. Les ovaires et les trompes sont englobés dans les mêmes adhérences.

Suites opératoires. — T. = 38° pendant les 9 premiers jours. La malade sort guérie le 11 octobre 1892. Bonne cicatrice.

La malade a ressenti dans le côté gauche quelques douleurs qui ont disparu.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 28 janvier 1893 ; elle ne souffre plus du tout. Cicatrice de 6 cm. 5 de long et de 6 millimètres de large, légèrement chéloïdienne, très solide.

Toucher. — Rien de particulier à droite. A gauche petite masse ronde, assez régulière, dure et douloureuse au toucher. — La malade a eu de-

puis des rapports sexuels, et éprouve les mêmes sensations qu'autrefois. Elle trouve cependant qu'elle a le caractère plus triste.

31 *juillet* 1894. — La malade ne ressent aucune douleur malgré son métier très dur de baigneuse. Elle n'a aucune perte. La ceinture n'a jamais été portée régulièrement. Cicatrice toujours large, paraît solide, rentre dans les efforts de la toux. Cependant on croit sentir un point un peu faible et on conseille le port régulier de la ceinture.

Obs. 9. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — R... Victoria, 25 ans, domestique, entrée le 19 février 1892 à la Charité. — Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Menstruation douloureuse empêchant tout travail. Pertes blanches abondantes et fréquentes.

Au mois de septembre 1891, accouchement normal (enfant vivant et bien portant). Dix jours après la malade se lève et reprend son travail.

Les règles reviennent *quatre mois* après. Cette nouvelle menstruation s'arrêta brusquement sans cause apparente et s'accompagna de tous les symptômes du début d'une hématocèle péri-utérine : douleur très vive qui provoqua une syncope, s'accompagnant de pâleur, de distension et de douleur de l'abdomen. La malade fut envoyée dans le service de M. le professeur Potain où le diagnostic d'hématocèle fut porté. A ce moment la température s'éleva à 38°5. Douleurs très vives, nécessitant des injections de morphine. En même temps, application de vésicatoires, sangsues, ventouses scarifiées sur la région douloureuse. Peu à peu, diminution des douleurs, le ventre reprend sa souplesse et son volume normal. Au moment du passage de la malade dans le service de M. le professeur Duplay, on constate une pelvi-péritonite enveloppant l'utérus et formant une masse surtout en avant ; les culs-de-sac latéraux sont douloureux et indiquent que les annexes sont prises. On ne sent pas les annexes au toucher. — Il y a 6 semaines, la malade se plaignant de douleurs très vives au niveau de l'anus, l'examen fit constater une fissure qu'on traita par la dilatation sous le chloroforme, la malade fut seulement un peu soulagée par cette opération. Les garde-robe continuèrent à être pénibles comme par le passé. Le toucher rectal fait constater un point douloureux au niveau du coccyx. La malade subit une résection du coccyx. Les douleurs disparaissent pour revenir un mois après. A cette époque on lui fait un curettage. Au mois de juillet on constate au toucher une rétroversion adhérente. Les culs-de-sac sont très douloureux, mais on ne sent pas les annexes.

Laparotomie le 30 août 1892. — Ablation des annexes qui ne sont pas adhérentes. Hystéropexie. Pas de drainage. L'ovaire gauche présente

une sorte de corps jaune énorme, on y voit également un petit kyste paraovarien. Les trompes sont épaissies et oblitérées.

La malade sort guérie. La cicatrice mesure 8 centimètres.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 11 février 1893. Elle ne ressent aucune espèce de douleur malgré son métier très dur (elle fait les chambres dans un hôtel). Elle n'a jamais eu ses règles depuis l'opération, mais éprouve au moment des époques, des bouffées de chaleur au visage. Elle porte toujours sa ceinture et ne peut s'en passer. Cicatrice longue de 8 centimètres et large de 6 millimètres, résistante, rentrant quand la malade tousse. La pression sur la fosse iliaque gauche détermine une légère douleur. Rien de particulier au toucher.

Obs. 10. — *Pyosalpinx double, très adhérent. — Laparotomie : Ablation des annexes. — Drainage à la gaze iodoformée. — Guérison.* — Marie G..., 27 ans, domestique, entrée à la Charité le 3 septembre 1892. Réglée à 12 ans, régulièrement. Il y a trois ans, grossesse et accouchement normaux, enfant mort à l'âge de 9 mois. — Depuis 5 mois, douleurs dans le ventre, irradiant dans le dos, vomissements, constipation habituelle. Métrorrhagies. Leucorrhée. *Toucher* : utérus en rétroversion adhérente. Métrite parenchymateuse. Salpingite double. Fibrome utérin au niveau de la corne gauche de l'organe.

Laparotomie le 8 septembre 1892. — *A droite* : adhérences intestinales étendues et résistantes, avec des kystes séreux volumineux. La trompe se crève. Pus sans odeur. *A gauche* : lésions analogues, adhérences énormes, ablation sans rupture, drainage à la gaze salolée.

Suites opératoires. — La température monte au-dessus de 38° pendant les deux jours qui suivent l'opération, puis reste aux environs de 38° pendant 5 jours et enfin redevient normale. Ablation de la gaze le 2e jour. Purgatif. Le trajet se ferme immédiatement. Guérison sans incident. La malade sort le 18 octobre en bon état : pas de douleurs, culs-de-sac vaginaux souples. Bonne cicatrice ne laissant pas voir la place du drainage.

Malade non retrouvée.

Obs. 11. — *Kyste séreux des deux ligaments larges. — Salpingite catarrhale double. — Laparotomie : Ablation des annexes. — Drainage. — Guérison.* — Mélanie M..., 40 ans, journalière, entrée le 18 août 1892 à la Charité.

Antécédents. — Depuis 7 ans, métrite avec métrorrhagies et leucorrhée. Les règles sont douloureuses depuis la même époque, la malade étant obligée de garder le lit pendant toute la période menstruelle.

Depuis le mois d'avril 1892, douleurs constantes dans l'abdomen irradiant dans l'aine gauche et empêchant tout travail prolongé.

Examen. — Toucher : utérus en antéversion et antéflexion cervicale. Annexes gauches douloureuses. Hystérométrie = 6 cm. 5.

LAPAROTOMIE le 8 septembre 1892. — Salpingite catarrhale des deux côtés. Ovaires scléreux. On trouve en outre dans les deux ligaments larges des kystes séreux indécorticables qui sont drainés.

La malade sort avec une fistule.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — La malade est revue le 9 *janvier* 1893. Les douleurs abdominales ont complètement disparu. Les *règles* sont revenues le 8 octobre 1892, avant sa sortie de l'hôpital et depuis se sont reproduites le 8 novembre, le 8 décembre et le 1er janvier. Aux époques la malade ne ressent plus du tout les douleurs d'autrefois. La santé générale est bonne sauf quelques douleurs de reins intermittentes.

Toutefois la fistule a persisté et se présente sous la forme d'un petit orifice de 1 millimètre de diamètre qui laisse suinter quelques gouttes de pus en 24 heures. Le stylet n'entre que de 1 cm. 1/2. On conseille des attouchements à la teinture d'iode. Une seule chose préoccupe la malade, c'est qu'elle a maintenant un appétit sexuel désordonné. Avant son opération elle n'avait aucun désir de voir son mari, elle redoutait même les rapprochements qui étaient très douloureux. Aujourd'hui les douleurs ayant cessé, elle éprouve des désirs insatiables. Malgré les distractions qu'elle cherche à se donner elle a sans cesse des désirs érotiques. On lui ordonne du bromure de potassium et des douches.

7 *août* 1895. — La malade a toujours été très régulièrement réglée. La fistule est complètement guérie, mais depuis trois mois il s'est fait une hernie à la place. — Aucune espèce de douleur. Erotisme disparu.

2 *mars* 1896. — La malade a toujours des règles, un peu irrégulières, apparaissant quelquefois à deux mois d'intervalle. Ces règles sont abondantes, durent de 5 à 6 jours.

La malade éprouve quelquefois, à certaines époques menstruelles, des douleurs pelviennes et lombaires.

La hernie que présente la cicatrice à la partie inférieure a le volume d'un œuf. Elle est sonore à la percussion et se réduit facilement.

OBS. 12. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage à la gaze salolée. — Hystéropexie. — Guérison.* — S... Marie, 21 ans, entrée le 31 juillet 1892 à la Charité. Réglée à 16 ans régulièrement, premiers rapports sexuels à 16 ans.

Accouchement normal remontant au 2 décembre 1891, elle se lève au bout de 3 jours et sort définitivement au bout de 8 jours, puis elle re-

tombe malade et garde le lit jusqu'en janvier 1892; elle reprend son travail fin février. En mars, retour des couches. La maladie actuelle remonte à l'époque de l'accouchement. Violentes coliques douloureuses avec irradiations dans le dos et dans les cuisses. Diarrhée abondante qui dure 10 jours; un vésicatoire est placé au niveau de la fosse iliaque gauche. Le 3 septembre 1892, la malade entre dans le service et à l'examen on constate une métrite et une salpingite double. L'utérus en rétroflexion mesure 7 centimètres.

Opération le 9 *septembre* 1892. — Libération de l'utérus très adhérente. Ablation des annexes adhérentes. Suture de l'utérus à la paroi. Un fil de soie. Drainage à la gaze salolée.

Suites opératoires. — La température monte le jour même à 38°, le lendemain à 38°7; elle continue à s'élever et avoisine 39° jusqu'au 12e jour. Il s'écoule le 7e jour du pus fétide par le drain, le 9e jour des matières fécales, mais les traces de matières stercorales ne persistent que quelques jours. La température redevient normale à partir du 14e jour. La fistule se ferme peu à peu. La malade sort guérie le 15 octobre 1896.

Résultats éloignés. — Septembre 1893. La malade ne souffre pas. Elle n'a jamais eu ses règles, ni aucun accident au moment où elle aurait dû les avoir. Elle a cessé de porter sa ceinture depuis un mois et paraît enchantée du résultat, toutefois elle se plaint de perdre en blanc. Cicatrice de 6 centimètres large de près de un centimètre à sa partie inférieure; à la toux et à l'effort pas d'impulsion; toutefois on croit sentir un point qui tend à s'affaiblir, aussi conseille-t-on à la malade de porter une ceinture. Au toucher, l'utérus est en bonne position, très nettement adhérent à la paroi abdominale.

Cette malade se plaint que ses sensations génitales sont moins vives qu'autrefois bien que ses désirs aient augmenté.

Obs. 13. — *Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — C... Marie, 29 ans. Entrée à la Charité le 27 juin 1892.

Antécédents. — Réglée à 22 ans, régulièrement. Deux enfants : le 1er à 26 ans, le second à 28 ans (déc. 1891). A la suite de ce dernier accouchement, albuminurie, œdème des jambes. Au mois de mars dernier, péritonite. Depuis ce temps douleurs dans le ventre. On trouve à l'examen une salpingite double plus volumineuse à gauche.

Opération le 9 *septembre* 1892. — Laparotomie. — On trouve deux ovaires kystiques. Ablation des annexes. Hystéropexie abdominale antérieure. Un fil de soie. Pas de drainage.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie le 25 octobre 1892. Culs-de-sac indolents. Utérus en bonne position. Cicatrice solide de 7 cm. 1/2.

Malade non retrouvée.

Obs. 14. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — L... Marie, 24 ans, entrée à la Charité le 24 septembre 1892. Réglée à 12 ans régulièrement. Premier enfant à 21 ans. — Un an après fausse couche de 4 mois. Dernier enfant il y a 4 mois, né à 7 mois 1/2. La malade est restée au lit pendant 15 jours à la suite de chacun des accouchements. Depuis le premier accouchement, pertes blanches et douleurs dans le côté gauche irradiant dans la région rénale. Ces douleurs n'apparaissaient qu'après des travaux fatigants. Actuellement la malade souffre même couchée. Depuis 4 ans, masses ganglionnaires dans la région cervicale. A l'examen, grosse masse à gauche. Les deux trompes sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas. La trompe gauche dépasse la ligne médiane. Le corps de l'utérus est en rétroversion et latéroversion droite. Hystérométrie : 6 cm. 5.

Opérée le 10 octobre 1892. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes.

Suites opératoires. — Normales. Sortie le 8 novembre 1892, guérie.

Malade non retrouvée.

Obs. 15. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Castration double. — Guérison.* — Juliette G..., 25 ans, entrée le 10 octobre 1892 à la Charité.

Antécédents. — Réglée à 17 ans. Chlorose, pertes blanches. Deux enfants : le 1er à 18 ans 1/2. A la suite de cette couche, pertes blanches tachant le linge, douleurs en urinant. Mal réglée. A 20 ans, 2e enfant. Depuis 4 ans, la malade souffre dans l'abdomen, mais depuis 6 mois les douleurs ont augmenté d'intensité et empêchent la marche. Pertes rouges tous les 15 jours.

A l'examen : col dur; déchirures multiples. Utérus en rétroversion réductible, assez petit. On sent autour du col des adhérences lâches. Hystérométrie : 6 cm. 5. Petite masse à gauche ; douleurs des deux côtés. Extrémité externe de la trompe droite en prolapsus et légèrement hypertrophiée.

Laparotomie le 14 octobre 1892. — Ablation bilatérale des annexes.

Suites opératoires. — Sont tout à fait bénignes. La malade sort guérie le 6 novembre 1892.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 4 mars 1893. Elle a eu

ses règles au mois de décembre 1892 et a souffert des reins. — Règles au mois de janvier en avance de 7 jours. — Règles au mois de février en avance de 2 jours sur le mois précédent. La malade perd encore en blanc. Elle avait conservé depuis son opération quelques douleurs très légères, mais elle avait engraissé et se trouvait en somme très bien. — Dans ces derniers temps les douleurs sont devenues plus vives. La malade se plaint que le ventre gonfle au moment de ces douleurs qui d'ailleurs ne sont pas comparables à celles qu'elle ressentait avant l'opération mais sont cependant encore très pénibles. La cicatrice mesure 6 centimètres. On trouve *au toucher* l'utérus en bonne position. — A droite on sent une petite tumeur du volume d'une petite noix, ronde, régulière, lisse, donnant la sensation d'un petit kyste, absolument mobile et douloureuse à la pression. A gauche : à peu près rien. Léger empâtement.

Obs. 16. — *Salpingite catarrhale. — Ovaires scléro-kystiques. — Ablation des annexes, bilatérale. — Hystéropexie. — Guérison.* — H... Pauline, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 19 juillet 1893. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement. Ni enfants, ni fausses couches. Souffre dans le ventre depuis trois ans. Soignée en 1891 à la Charité. En 1892 curettage dans le service, les douleurs ont persisté. En ce moment, en faisant l'examen de la malade, on constate que l'utérus est en rétroversion, les annexes des deux côtés sont douloureuses, le col est ulcéré. Les deux premiers jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, température élevée : 39° et 40°, cette température se maintient jusqu'au 25, jour où elle est opérée.

Laparotomie le 25 juillet. — On enlève les annexes des deux côtés, les trompes sont congestionnées, les ovaires scléro-kystiques. On fixe l'utérus à la paroi à l'aide d'un gros catgut.

Suites opératoires. — Les 2 premiers jours, légère élévation de température; à partir du 1er août, elle redevient normale. La cicatrice offre une longueur de 8 centimètres. La malade sort guérie le 29 août.

Résultats éloignés. — La malade écrit le 7 février 1896. Elle dit qu'elle ne ressent aucune douleur et se déclare très satisfaite de son état.

Obs. 17. — *Salpingo-ovarite double suppurée. — Ablation bilatérale des annexes. — Miekulicz. — Guérison.* — R... Madeleine, 20 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 23 août 1893. Réglée à 13 ans régulièrement. Pertes blanches continuelles. Souffre du ventre depuis deux ans, a été soignée une première fois à Tenon en 1891, puis une seconde fois en 1892. Le 12 juin dernier elle a eu une fausse couche de 3 mois 1/2. Depuis,

les douleurs sont beaucoup plus vives. Tuberculose au sommet gauche. Examen : Col entr'ouvert, ulcérations sur les deux lèvres, écoulement muqueux abondant. Utérus rétrofléchi. Hystérométrie, 7 centimètres. A droite, on sent une petite tumeur dans le cul-de-sac latéral. A gauche, la tumeur annexielle est plaquée contre l'utérus.

Laparotomie le 27 juillet 1893. — Annexes droites très adhérentes à l'utérus et au rectum. L'ovaire droit, presque entièrement transformé en kyste unique, renferme un liquide épais, visqueux, transparent ; ce kyste crève pendant l'opération. La trompe très adhérente s'ouvre en un point et laisse échapper un liquide purulent. Les annexes gauches sont également adhérentes ; l'ovaire qui est complètement dégénéré a plusieurs gros kystes. La trompe dilatée, remplie de pus, offre d'énormes végétations. Drainage de Mickulicz.

Suites opératoires. — Le 29 *juillet*, on enlève la mèche iodoformée qu'on remplace par une autre. — Le 1er *août*, on l'enlève de nouveau, mais sans en remettre. — Pas de température. — Le 23 *août*, la malade sort guérie, ne souffrant plus. Elle n'a pas été retrouvée.

Obs. 18. — *Rétroversion utérine. — Laparotomie. — Pas de castration. — Hystéropexie.* — Célina P..., 27 ans, entrée à la Charité le 29 juin 1893.

Antécédents. — Réglée à 17 ans. Souffre depuis son premier accouchement (1889). Curetée le 8 juillet pour métrite. Examen après curettage : au toucher, on trouve, à gauche, la trompe formant un cordon gros et douloureux. Ovaire également douloureux.

Laparotomie le 29 juillet. — Fond de l'utérus renversé un peu en arrière ; les annexes droites congestionnées, sans lésions caractéristiques, sont laissées en place. Trompe gauche également congestionnée ; l'ovaire renferme quelques petits kystes que l'on ponctionne au bistouri. Fixation de l'utérus à la paroi avec un gros fil de soie.

Suites opératoires. — Les 2 premiers jours, T. = 38°. Suites normales. Le 22 août, la malade sort guérie, ne souffrant plus.

Résultats éloignés, 16 *décembre* 1893. — La malade est restée sans souffrir jusqu'au mois de décembre. Les règles étaient régulières. Le 7 décembre, 8 jours après la fin des dernières règles, elle a été prise brusquement de douleurs dans les reins puis dans le ventre. Depuis cette époque la douleur lombaire persiste.

Examen : L'utérus est très bien fixé. L'ovaire droit situé très en avant, facile à saisir, mobile, est un peu gros, et c'est lui qui est douloureux. La malade est sans doute atteinte d'une nouvelle métrite. — 22 avril 1893. La malade souffre toujours beaucoup de l'ovaire droit, elle dit bien que ce ne sont plus les mêmes douleurs qu'autrefois. L'u-

térus est toujours en très bonne position. La malade suppose qu'elle pourrait être enceinte (les seins sont gonflés, tubercules de Montgomery saillants).

OBS. 19. — *Salpingite double suppurée. — Ovaire gauche scléro-kystique. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage de Mickulicz. — Guérison.* — X..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 22 juillet 1893. Réglée à 14 ans, régulièrement. Un enfant à l'âge de 18 ans. Une fausse couche de cinq mois à 19 ans. Depuis, malgré un repos de sept semaines elle souffre du ventre et a des pertes blanches abondantes. A Broussais on lui fait un curettage qui n'apporte aucun soulagement à ses douleurs. Depuis huit jours elle souffre davantage. — Examen : Utérus en position normale, 8 centimètres. Ovaire droit kystique, adhérent en prolapsus dans le cul-de-sac postérieur. A gauche, grosse trompe le long de l'utérus.

LAPAROTOMIE le 2 août. — A droite, énorme masse salpingo-ovarienne adhérente à l'utérus et à l'intestin ; les adhérences sont très solides, saignent facilement ; on a une difficulté énorme pour pédiculiser cette masse. Le contenu purulent de la trompe ne s'évacue pas par l'appareil aspirateur de Potain, mais on l'éponge par l'orifice produit par le trocart. A gauche, kystes multiples de l'ovaire, trompe très dilatée adhérente à l'utérus. La face postérieure est adhérente à une frange épiploïque de l'S iliaque et à l'S iliaque lui-même. Thermo-cautérisation des deux pédicules et de la face postérieure de l'utérus. Drainage à la Mickulicz avec cinq mèches de gaze iodoformée dans l'extrémité inférieure de la plaie.

Suites opératoires. — Les deux jours suivant l'opération, élévation de la température qui, à partir du 5 août, redevient normale. Le 7 août, les mèches sont enlevées, la malade va bien. Le 12 août, ablation des fils, plus de douleurs. Le 28 août, la malade quitte l'hôpital guérie.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Revue le 28 octobre 1893, au moment où elle retourne dans son pays, dans le Loir-et-Cher. Elle ne souffre absolument plus du ventre. Pas la moindre perte par le vagin. Etat de santé pleinement satisfaisant ; la malade a du reste notablement engraissé. Au moment présumé des règles, elle a eu de légers malaises qui ne se sont pas reproduits la dernière fois. Elle porte constamment sa ceinture parce qu'elle n'en éprouve aucune gêne. Bonne cicatrice de 10 centimètres de longueur, parfaitement résistante, un peu moins à l'endroit du drainage. *Au toucher.* Les culs-de-sacs sont absolument souples et indolents, utérus mobile. En somme, résultat superbe à tous les points de vue.

Obs. 20. — *Salpingite purulente double. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage à la Mickulicz. — Guérison.* — D... Marie, 20 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Charité le 20 juin 1893. Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement. Souffre depuis le 1er mai ; pertes blanches depuis le 1er juin. — Examen : Col petit, rouge violacé. Ecoulement muco-purulent très abondant. Utérus augmenté de volume, 7 centimètres. Annexes douloureuses surtout à gauche.

Le 25 juin, 39°6 le soir. Point de côté. Malaise. Douleurs dans le bas-ventre. Pouls fréquent ; langue sale, purgation et glace sur le ventre. Dans les derniers jours de juin, la température redevient normale. La malade a un écoulement purulent abondant par la vulve. Elle se plaint surtout des douleurs d'estomac.

Examen le 2 août. — Tumeur dure à gauche de l'utérus, séparée de lui par un sillon. Elle est du volume d'un œuf et très adhérente. A droite, annexes dans le cul-de-sac postérieur, très adhérentes également ; utérus en antéversion.

Laparotomie le 2 août 1893. — Les annexes des deux côtés adhèrent fortement à l'intestin et sont difficilement libérées. Ablation. Des anses intestinales sont adhérentes au fond du cul-de-sac de Douglas. Drainage de Mickulicz avec 2 bandes de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Les 3 premiers jours, élévation de température qui monte jusqu'à 38°7 le 2e ; à partir du 4e, température normale. Le 29 août, un frisson avec fièvre et point de côté. Le lendemain état normal. La malade sort guérie.

Résultats éloignés le 17 octobre 1893. — La malade peut se livrer sans fatigue à ses occupations. Elle ne souffre plus du ventre, elle a cependant, quelquefois, du côté gauche une petite douleur qu'elle compare à une piqûre d'épingle et qui ne dure qu'une seconde. La malade est satisfaite de son état, elle se plaint seulement de ce qu'elle continue à perdre abondamment en blanc et de ce qu'elle ne dort plus. On lui ordonne du bromure et des injections.

30 décembre 1893. — Lettre de la malade : La douleur du côté gauche a complètement disparu, elle a des éblouissements et une grande faiblesse. Les époques menstruelles sont marquées par des vomissements muqueux. Les pertes blanches disparaissent peu à peu.

12 mars 1894. — La malade écrit qu'elle a eu des pertes assez abondantes le 15 février et le 7 mars, et qu'elle souffre quelquefois du ventre.

20 janvier 1896. — Nouvelle lettre de la malade, elle a eu des pertes rouges abondantes presque chaque mois de l'année 1894 ; en 1895, les pertes diminuent de quantité. La malade souffre de temps en temps du côté gauche, surtout aux changements de temps. La défécation est dou-

loureuse aussi, quoique la malade ne soit pas constipée. La cicatrice est longue de 9 centimètres et présente, à la partie inférieure, à la place du drainage, une petite hernie de la grosseur d'une noix. L'état général est bon, la malade a engraissé de 18 livres. Le sommeil est toujours agité.

Obs. 21. — *Hématosalpinx droit. — Ovaires scléro-kystiques. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage de Mickulicz. — Guérison.* — C... Louise, 24 ans, couturière, entre à la Charité le 31 juillet 1893. Réglée à 15 ans, régulièrement. Ni enfants, ni fausses couches. Souffre dans le ventre depuis un mois, surtout du côté droit, pertes de sang continuelles. Examen : utérus en antéversion, rien au col. A droite, tumeur du volume d'une mandarine, rénitente, douloureuse, lisse, paraissant distincte de l'utérus. Rien à gauche.

Laparotomie le 17 août. — Epiploon enflammé, adhérent à la tumeur située à droite. Celle-ci est formée par la trompe dilatée contenant des caillots de sang, dont une partie s'échappe dans le péritoine pendant l'opération. Ovaire gros, kystique, dégénéré. A gauche, ovaire légèrement adhérent, gros, kystique, trompe enflammée. Drainage de Mickulicz avec une mèche iodoformée et une bande de protectile.

Suites opératoires. — Le 18, on enlève la mèche qu'on remplace par une autre ; issue d'une grande quantité de liquide sanguinolent. Le 19, T. 39°. Dyspnée sans lésions pulmonaires. Cœur rapide. On enlève la mèche et par pression, on fait sourdre une assez grande quantité de liquide sanguinolent mêlé de pus. On remet une mèche. Les 20 et 21, T. 40° le soir, 37°3 le matin ; aucun écoulement par l'orifice ; la malade ne souffre pas du ventre. 23 août. La température est encore montée à 38°6. 28 août : depuis le 24, la température est redevenue normale. Ablation des fils, la plaie est complètement réunie, même à sa partie inférieure où restait l'orifice par lequel passaient les mèches. Le 29 septembre, la malade sort guérie.

Elle n'a pas été retrouvée.

Obs. 22. — *Ovaires scléro-kystiques. — Rétroversion adhérente. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Octavie F..., 29 ans, entrée le 3 août 1893 à la Charité. A eu 4 accouchements, le dernier au forceps. Souffre depuis 6 mois, surtout avant et pendant les règles. Celles-ci sont très abondantes et apparaissent toutes les 3 semaines. Pertes blanches. Examen : utérus en rétroversion adhérente. Métrite légère, col un peu gros. Hystérométrie : 7 centimètres. Dans le cul-de-sac gauche, ovaire petit en prolapsus à droite, la palpation est douloureuse.

Laparotomie le 17 août 1893. — L'utérus est adhérent au rectum ; on en détache les adhérences. Les annexes sont enlevées : l'ovaire gauche est très petit, scléreux, atrophié. L'ovaire droit est kystique, gros. La trompe est dilatée. Fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale par un fil de soie. Pas de drainage. Suture.

Suites opératoires. — Bonnes. Pas de température. La malade sort guérie le 16 septembre.

Résultats éloignés. — La malade écrit le 16 février 1895, qu'elle est en parfaite santé.

Obs. 23. — *Hématosalpinx gauche. — Rétroversion adhérente. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Mickulicz. — Hystéropexie. — Guérison.* — Elisabeth D..., 24 ans, entrée à la Charité le 24 juillet 1893.

Antécédents. — La malade a subi un curettage en 1891. Elle a eu un accouchement normal depuis. Cependant elle souffre depuis 1891. Elle a des douleurs pelviennes très vives, rendant tout travail impossible ; elle entre à l'hôpital pour des hémorrhagies fréquentes et impossibles à arrêter. Examen : utérus en rétroversion. A droite, on sent la trompe prolabée, peu augmentée de volume ; à gauche, ovaire gros très douloureux, collé sur la paroi pelvienne. Trompe légèrement dilatée, grosse comme le petit doigt.

Laparotomie le 28 août. — La trompe gauche, dilatée, contient un liquide épais et teinté de sang ; l'ovaire est kystique. — A droite, ovaire scléreux, trompe peu malade, ablation des annexes.

L'utérus adhère par des adhérences filamenteuses nombreuses au rectum ; on rompt ces adhérences qui saignent beaucoup et on fait l'hystéropexie avec un fil de soie.

Suites opératoires. — Elévation de température à 38°5 pendant les 2 premiers jours. Le 3e jour on enlève le drainage. Dans les premiers jours de septembre, sécrétion lactée abondante. Quelques jours après, toux, pleurésie diaphragmatique. — La malade passe dans un service de médecine.

Résultats éloignés 3 janvier 1896. — La malade est en parfaite santé ; elle n'a plus aucune espèce de douleurs dans le ventre. Elle travaille sans fatigue, et fait un métier pénible aux halles. Aucune espèce de perte. La sécrétion a continué dans le sein droit ; actuellement on ne peut en faire sortir que quelques gouttes de liquide aqueux.

Obs. 24. — *Salpingite suppurée double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage. — Guérison.* — Zélie D..., 23 ans, domestique, entrée à la Charité le 5 août 1893.

Laparotomie le 6 septembre 1893. — Liquide dans le péritoine. Côté

droit : ovaire et trompe très adhérents. Trompe kystique, contenant du pus en grande quantité, adhérente à l'intestin dans une étendue d'une pièce de 5 francs. Thermo-cautérisation de cette surface d'adhérence. A gauche : tumeur annexielle très adhérente à l'utérus et à l'S iliaque. La trompe contient un kyste suppuré de la grosseur d'une mandarine, à parois minces ; l'ovaire est scléro-kystique. Drainage à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Elévation de température aux environs de 38° pendant les 3 premiers jours ; enlèvement des mèches le 4e ; des fils le 10e. La malade a eu des vomissements bilieux abondants pendant les deux jours qui ont suivi l'opération. Elle sort guérie le 10 octobre.

Résultats éloignés, 24 septembre 1895. — La malade est en très bonne santé. Elle n'a aucune douleur, ni aucune espèce de perte. La cicatrice est solide.

Obs. 25. — *Salpingite catarrhale gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes gauches. — Salpingostomie à droite. — Guérison. — Grossesse et accouchement ultérieurs.* — Marie V..., 27 ans, entrée le 28 juillet 1893 à l'hôpital de la Charité. La malade entre à l'hôpital, souffrant du ventre. On diagnostique une salpingite double. La malade consent à être opérée, mais demande instamment à ce qu'on lui conserve la possibilité de devenir enceinte.

Laparotomie le 6 septembre.— Ablation des annexes gauches : trompe rouge, épaissie, adhérente. Ovaire scléro-kystique. A droite, les annexes sont laissées en place. La trompe étant fermée, on pratique la salpingostomie.

Suites opératoires. — Bonnes. Elévation de température à 38° pendant 4 jours. La malade sort le 3 octobre, guérie.

Résultats éloignés. — 30 avril 1894. La malade écrit qu'elle est enceinte. — 21 janvier 1896. La malade a eu un enfant qu'elle a nourri et qui est actuellement très bien portant.

Elle est elle-même en très bonne santé. Les règles sont régulières, non douloureuses, elle dit avoir eu de légères douleurs du côté droit.

Obs. 26. — *Salpingite suppurée double. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage. — Guérison.*— Justine M..., 37 ans, cuisinière, entrée à la Charité le 14 septembre 1853.

Antécédents. — Réglée à 11 ans 1/2. Jamais de grossesse ; a commencé à souffrir 6 mois après son mariage ; perd beaucoup ; douleur en urinant. Souffre atrocement du ventre, ne peut plus travailler. Douleur surtout dans l'aine du côté gauche. Douleurs atroces en allant à la

selle. Amputation du col, il y a un mois, par M. Tuffier. Examen : volumineuse salpingite gauche très adhérente. Etat général très mauvais, malade très amaigrie.

Laparotomie le 25 septembre 1893. — A l'ouverture du ventre, on voit une énorme tumeur gauche paraissant confondue avec l'utérus dont il est presque impossible de la distinguer. On ponctionne la tumeur dont la partie supérieure est fluctuante et on en retire avec l'aspirateur Potain une certaine quantité de liquide jaune clair extrêmement fétide. Pédiculisation à la partie externe de la masse avec un fil de soie. Adhérences considérables de l'S iliaque. Thermo-cautérisation ; on parvient non sans peine à libérer et à enlever la tumeur. A droite, ovaire scléro-kystique, emprisonné dans des adhérences. Trompe congestionnée, dilatée, très adhérente aussi. Ablation et pédiculisation. Mèches de gaze iodoformée au niveau des adhérences de la masse avec l'intestin. Examen des pièces : A gauche, la trompe très dilatée a des parois internes couvertes de plis épais. L'ovaire contient une collection purulente. La trompe droite contient aussi du pus.

Suites opératoires. — Ascension thermique pendant 10 jours oscillant entre 38° et 40°, puis température normale. Les fils sont enlevés le 10e jour. La malade sort guérie.

Résultats éloignés. — 30 novembre. La malade ne souffre plus du ventre, elle se plaint seulement de douleurs lombaires.— 3 janvier 1894. Aucune douleur abdominale. Aucune espèce de pertes. La malade est très satisfaite de son état. Elle a quelques bouffées de chaleur. La santé générale est redevenue excellente.

Obs. 27. — *Pyosalpinx droit. — Salpingite catarrhale gauche. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Mickulicz. — Guérison.* — Eugénie L..., 25 ans, couturière, entrée le 19 septembre 1893 à l'hôpital de la Charité.

Antécédents. — Réglée à 13 ans ; pas de pertes blanches avant la grossesse. Accouchement en octobre 1891 à la suite duquel elle garde le lit deux mois. Elle souffre du ventre depuis cette époque. Les règles deviennent irrégulières. Depuis 3 mois elles sont extrêmement douloureuses. Les douleurs abdominales sont telles que la malade ne peut plus marcher du tout.

Laparotomie le 25 septembre. — Côté droit : grosse masse annexielle avec nombreux kystes séreux du voisinage. La trompe dilatée renferme du pus, l'ovaire est scléro-kystique. Une grosse poche kystique contenant du pus, est préalablement vidée par ponction aspiratrice. La paroi est épaissie et très adhérente à l'utérus et à l'intestin. La moitié supérieure est enlevée avec les annexes droites. La moitié inférieure reste.

Thermo-cautérisation de la paroi interne. La paroi rectale est très amincie à la suite de la libération des adhérences. A gauche, les annexes sont très adhérentes à la face postérieure de l'utérus et à l'S iliaque, l'ovaire est scléro-kystique. La trompe dilatée ne contient pas de pus. Ablation. Drainage de Mickulicz.

Suites opératoires. — Le lendemain, 38°2, puis température normale. Fils enlevés le 10e jour.

Résultats éloignés. — 23 octobre : la malade est complètement guérie : elle se déclare absolument enchantée. Elle a engraissé et n'a plus aucune douleur. — 28 novembre 1893. Elle ne souffre plus du tout, elle se plaint seulement de quelques bouffées de chaleur survenant à l'époque présumée des règles ; elle a à ce moment une leucorrhée assez abondante. — Cicatrice très solide. — Toucher : utérus mobile, culs-de-sac souples et indolents.

Obs. 28. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage. — Guérison.* — Odile C..., 24 ans, cuisinière, entrée en octobre à la Charité.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Bien portante jusqu'à il y a 4 mois. Elle avait, depuis 4 ou 5 jours, des pertes blanches peu abondantes et sans douleur à la miction, lorsqu'elle fut prise tout d'un coup de douleurs vives avec vomissements. Elle fut obligée de se mettre immédiatement au lit. Vomissements pendant 5 jours. Elle entre à l'hôpital avec des douleurs abdominales extrêmement vives. On constate 2 volumineuses salpingites.

Laparotomie le 9 octobre 1893. — A droite, poche volumineuse, complètement adhérente, entourée de kystes séreux. La poche ponctionnée contient du pus ; elle se déchire pendant l'extirpation : le pus sort à diverses reprises. Décortication et pédiculisation extrêmement laborieuses. A gauche, mêmes lésions, mais la poche est moins volumineuse.

Drainage à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — La température s'élève à 38°2 le 3e jour pour osciller autour de 38° pendant une douzaine de jours. Le 3e jour on enlève les mèches ; odeur fécaloïde : il sort des matières par la plaie. — Le 6e jour, selle abondante par l'anus. Ablation des fils le 10e jour. La partie inférieure de la plaie suppure abondamment, mais les matières cessent de passer vers le 25 octobre (16e jour). Sous l'influence d'un purgatif, la fistule abdominale donne passage à des matières fécales pendant 2 jours seulement. — 2 novembre. La fistule suppure beaucoup. Mais il ne passe plus de matières fécales. La malade va bien à la selle, elle ne souffre plus. L'état général est bon.

Résultats éloignés. — La malade est soignée à Laënnec en septem-

bre 1894 pour sa fistule qui persiste et qu'on dilate pour y faire des injections de teinture d'iode. La fistule se ferme et guérit au mois d'octobre 1894. — 13 septembre 1895. La malade est en très bonne santé, elle n'a aucune douleur ni aucune perte. La cicatrice est solide.

Obs. 29. — *Hématosalpinx droit. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage. — Guérison.* — Marie F..., couturière, 30 ans, entrée à Laënnec le 16 octobre 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement, sans douleur. Fausse couche en 1884. Accouchement à terme le 21 juin 1885; pas d'accident à la suite,cependant depuis ce temps, la malade souffre au moment de ses règles, mais sans pertes blanches. Il y a 5 mois, au moment des règles, elle éprouve des douleurs très vives avec vomissements qui l'obligent à s'aliter pendant 15 jours. Depuis ce temps, elle est très souvent obligée de garder le lit. Pertes rouges depuis 3 mois. Examen : A droite, tumeur salpingienne. A gauche, trompe en prolapsus.

Laparotomie le 22 octobre 1893. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve tout le bassin comblé. Les anses intestinales sont adhérentes entre elles et avec des kystes séreux. Après libération, on arrive sur une grosse trompe pleine de sang coagulé, noir, très adhérente. La poche crève ; pédiculisation difficile, ablation de l'ovaire et de la trompe. A gauche, trompe plus petite, recourbée en arrière de l'utérus auquel elle adhère très fortement. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Drainage à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — La température s'élève et avoisine 38° pendant 4 jours. Ablation de la gaze le 2e jour. La malade sort guérie le 10 novembre 1893.

Résultats éloignés. — La malade écrit le 9 avril 1894; elle se porte très bien, ne souffre plus, n'a aucune perte et se plaint de trop engraisser. Quelque temps après, elle écrit de nouveau : elle a des règles absolument régulières, aussi abondantes qu'avant sa maladie, et sans la moindre douleur.

20 *janvier* 1896. — Nouvelle lettre de la malade. Les règles ont apparu deux mois après l'opération ; pendant 4 mois elles ont été régulières, sans la moindre douleur. Depuis, elles n'ont plus reparu ; elles sont seulement remplacées, à époque fixe, par quelques bouffées de chaleur. La malade est enchantée de son état. « Après avoir éprouvé, dit-elle, 8 ans de souffrance, il me semble que je suis entrée dans une nouvelle vie ». — Cicatrice insignifiante. — Le caractère est devenu très difficile et très emporté.

Obs. 30. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Drainage à la gaze iodoformée. — Guérison.* — J. Eugénie, brodeuse, 30 ans, entre à Laënnec le 19 décembre 1893. 2 accouchements normaux ; il y a 3 ans 1/2, une fausse couche de 6 mois, suivie d'une forte hémorrhagie et de fièvre. Deux mois après, lorsqu'elle commence à se lever, nouvelles hémorrhagies et violentes douleurs dans le bas-ventre. Depuis cette époque, alternation de mieux et de mal. Il y a 3 semaines, nouvelle crise encore plus douloureuse. Elle entre à l'hôpital.—Toucher vaginal : *Cul-de-sac latéral droit* : masse du volume d'un œuf de pigeon parfaitement mobile. *Cul-de-sac latéral gauche* : masse un peu plus petite. On distingue l'ovaire. La trompe est presque en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

Laparotomie le 2 janvier 1894. — Adhérences filamenteuses couvrant tout le petit bassin, réunissant les anses intestinales, les annexes, et l'utérus. — A droite : trompe peu volumineuse, encapuchonnant l'ovaire très adhérent à l'intestin et à la paroi du bassin. — A gauche : trompe plus volumineuse, très adhérente. Dans le travail de décortication, rupture d'une poche qui laisse écouler du pus; pédiculisation très difficile, car les fils coupent des tissus très friables. Hémorrhagie très abondante qui oblige à passer successivement trois fils. Nouvelle hémorrhagie en jet du côté du pédicule droit, le fil ayant coupé ; ligature d'une artère au niveau d'une adhérence déchirée.

Drainage à la gaze iodoformée. Suture en un seul temps.

Suites opératoires. — Pas de température. On enlève le drainage le 2e jour. La malade sort guérie le 3 février 1894.

Résultats éloignés. — 15 avril 1894. La malade se plaint d'avoir des pertes blanches; pas de douleurs. Au toucher : culs-de-sac souples, utérus mobile, aucune douleur. Bonne cicatrice solide, à peine visible.

Obs. 31. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Mort par péritonite.* — D... Marie, 40 ans, domestique, entrée à Laënnec le 2 février 1894. Toujours bien réglée. — 4 accouchements normaux. Il y a 9 ans fausse couche de 5 mois sans accident. Depuis cette époque règles irrégulières, douloureuses avec pertes blanches dans l'intervalle. Depuis un an douleurs lancinantes dans le ventre, surtout la nuit. A la suite des dernières règles (janvier) elle a tellement souffert qu'elle entre dans le service de M. Chauffard. La température monte jusqu'à 40° le 27. Depuis cette époque elle oscille vers 37°. A son entrée au pavillon Récamier on diagnostique une salpingite double du volume d'un petit œuf à gauche, moins volumineuse à droite.

Laparotomie le 5 février 1894. — Adhérences épiploïques avec les

2 trompes ; ces adhérences sont sectionnées après ligature. La trompe *gauche* présente avec l'S iliaque des adhérences qui ne peuvent être rompues qu'au bistouri. Elle est très adhérente au bord postérieur du ligament large. Libération difficile ; la poche se rompt et laisse couler du pus ; 3 fils sur le pédicule ; cautérisation au thermo-cautère du pédicule, des surfaces d'adhérences et de la face postérieure du ligament large qui saignent. Trompe *droite* fusionnée complètement avec la face postérieure du ligament large et avec le cul-de-sac de Douglas. Décortication très laborieuse. Rupture d'une poche ; du pus s'écoule dans le péritoine. 3 fils sur le pédicule; cautérisation. Suture en un seul plan, de la paroi abdominale. Drainage à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Dès le 1er jour, vomissements ; la température reste normale, mais le pouls bat 120 pulsations le lendemain matin. Le 7, la température dépasse 38°4. P. = 130; on enlève le drainage; le ventre n'est pas ballonné. Les jours suivants, vomissements verdâtres ; la température oscille de 38° à 39°. La malade maigrit et décline. Elle a complètement perdu la notion des choses qui l'entourent. Délire. Le ventre se ballonne. Mort le 19 au soir avec une température de 39°2.

L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. 32. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Guérison.* — Camille V..., 28 ans, fille de salle, entrée à Laënnec, le 30 décembre 1893.

Antécédents. — Toujours bien réglée depuis l'âge de 15 ans. Accouchement normal le 31 août 1893; retour de couches au bout de 8 semaines. Depuis cette époque les règles apparaissent très souvent, quelquefois 2 fois par mois et sont très douloureuses. Les douleurs ont graduellement augmenté d'intensité. La malade garde le lit depuis le mois de septembre. Toucher : A droite, salpingite du volume d'un œuf. A gauche, lésion plus petite. Utérus en position normale.

Laparotomie le 9 janvier 1894. — Incision de 9 centimètres. Côté droit : trompe adhérente à une anse d'intestin grêle et à deux appendices épiploïques de l'S iliaque. Décortication de la trompe adhérente au cul-de-sac de Douglas. Déchirure et issue de quelques gouttes de pus. La partie interne de la trompe présente des nodosités dont la plus interne siège sur la corne utérine. Côté gauche : trompe adhérente à l'S iliaque; libération assez facile. Drainage à la gaze iodoformée après cautérisation des pédicules au thermo-cautère. Examen des pièces : A droite, la poche rompue semble appartenir à l'ovaire qui présente un autre abcès folliculaire non ouvert. A gauche, trompe épaissie, ne contient pas de pus ; pavillon fermé; abcès folliculaire dans l'ovaire.

Suites opératoires. — Pas de température. Le drainage est enlevé au 2e jour, les fils au 10e. La malade sort guérie le 19 février 1894.

Résultats éloignés. — Revue le 10 mars 1896. — La malade n'a eu aucune espèce de pertes depuis qu'elle est opérée. Elle a repris ses occupations. Elle éprouve quelquefois de légères douleurs dans le ventre lorsqu'elle est très fatiguée. Les bouffées de chaleur, fréquentes autrefois, le sont beaucoup moins maintenant. La cicatrice mesure 8 centimètres, elle présente un point faible à la partie inférieure. Au toucher, la région des pédicules est douloureuse, surtout à gauche. Mais les culs-de-sac sont souples. L'utérus est mobile, non douloureux.

Obs. 33. — *Salpingite catarrhale double. — Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Marie B..., 23 ans, domestique, entrée à Laënnec le 18 décembre 1893.

Antécédents. — Réglée à 18 ans, irrégulièrement depuis son accouchement (avril 1893). Cet accouchement est suivi de fièvre violente avec frissons et douleur vive dans la fosse iliaque droite. Adénophlegmon de cette région ; incision par M. G. Marchand ; issue d'une grande quantité de pus. Le 18 décembre, elle rentre de nouveau à l'hôpital se plaignant de douleurs dans le bas-ventre, du côté gauche. Toucher vaginal : dans les deux culs-de-sac, tumeur du volume d'une noix, mobile, douloureuse à la pression. Utérus normal.

Laparotomie le 18 janvier 1894. — Incision de 9 à 10 centimètres; opération très simple ; ablation des annexes des deux côtés.

Suture de la paroi abdominale sans drainage. — Examen des pièces : Les deux ovaires sont de la grosseur d'une noix, remplis de petits kystes. Les trompes sont volumineuses, contournant l'ovaire, à parois hypertrophiées ; ne contiennent pas de pus.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort guérie le 17 février.

Résultats éloignés. — 21 mai 1894. Cicatrice très légèrement chéloïdienne, mais très résistante. Au toucher : les culs-de-sac sont souples. — 31 juillet 1894. La malade accuse des douleurs au niveau de chaque pédicule. Le toucher ne révèle rien. Elle a quelques pertes blanches qui sont traitées par des injections au chlorure de zinc à 1/100. — 31 octobre 1894. La malade est absolument guérie ; pas de perte, aucune douleur. Revient pour un kyste périostique du maxillaire supérieur. — 17 janvier 1896. Pertes blanches assez abondantes et tachant le linge. Douleurs dans le flanc droit dues à un rein mobile. Au toucher : l'utérus mobile est un peu augmenté de volume, et en rétroflexion ; culs-de-sac non douloureux et souples ; cicatrice solide. Aucun trouble nerveux, pas de bouffées de chaleur.

Obs. 34. — *Salpingite double suppurée. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Guérison.* — Louise N..., 29 ans, domestique, entrée à Laënnec le 27 décembre 1893.

Antécédents. — Réglée à 16 ans régulièrement. 3 accouchements à terme, le dernier le 10 mars 1893. 2 jours avant son entrée à l'hôpital, fausse couche probable de 6 semaines (fortes pertes avec caillots et douleurs expultrices) suivie de douleurs dans le bas-ventre et de fièvre. Toucher : salpingite double. Température : 39°.

Laparotomie le 30 janvier 1894. — Incision de 12 centimètres. Adhérences épiploïques à la paroi abdominale, faciles à détacher. Côté droit : adhérences très intimes de la trompe à la face postérieure de l'utérus dans le fond du cul-de-sac de Douglas ; légères adhérences à l'intestin grêle. — Côté gauche : légères adhérences à l'S iliaque et à l'intestin grêle. Cautérisation des pédicules, pas de drainage. — Examen des pièces : Les ovaires sont atrophiés et farcis de kystes. La trompe droite, du volume du pouce, est allongée, contournée sur elle-même et présente des parois épaissies. Elle contient du liquide louche. La muqueuse est couverte de villosités. Dans la partie moyenne, abcès séparé contenant du pus épais, pavillon oblitéré. Trompe gauche, mêmes lésions, mais moins avancées.

Suites opératoires. — Normales, le 2e jour, température 38°. Guérison parfaite.

Résultats éloignés. — 30 juillet 1894. Pertes blanches assez abondantes qu'on traite par des injections de chlorure de zinc à 1/100. — 22 août 1894. La leucorrhée a considérablement diminué. La cicatrice mesure 10 centimètres ; elle est solide, mais légèrement élargie en bas, aucune douleur dans les culs-de-sac du vagin ; pas de pertes rouges.

Obs. 35. — *Hydrosalpinx droit. — Salpingite catarrhale gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Guérison.* — Marie Q..., 29 ans, journalière, entrée le 6 février 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Toujours bien réglée depuis l'âge de 12 ans; accouchement à terme il y a 6 ans. — Depuis, elle a toujours souffert dans le ventre et surtout du côté gauche. Il y a 2 mois, sans retard dans ses règles, elle est prise d'une forte hémorrhagie avec caillots, qui dure 6 semaines et cesse spontanément. Mais les douleurs ont considérablement augmenté dans le bas-ventre des deux côtés. — Toucher vaginal : Grosse masse dans le cul-de-sac vaginal du côté droit, muqueuse mobile ; à gauche petites lésions annexielles.

Laparotomie le 13 février 1894. — Incision de 9 centimètres. Ablation des annexes des deux côtés ; adhérences faciles à détacher à droite, à

gauche adhérences très résistantes à la face postérieure de l'utérus et au ligament large. Suture de la paroi sans drainage. Examen des pièces : à droite, hydrosalpinx volumineux avec ovaire scléreux; gros kyste hématique d'un corps jaune. A gauche : trompe enflammée, sans distension, ovaire scléreux tout à fait atrophié.

Examen bactériologique : pus stérile.

Suites opératoires. — Le 4e et le 5e jour, légère élévation de T. à 38°. Guérison.

Résultats éloignés. — 15 mai 1894. Cicatrice large de 3 à 4 millimètres, mais parfaitement solide ; la malade est très satisfaite de son état. Elle n'éprouve aucune douleur. Elle a eu un léger écoulement leucorrhéique qui a duré quelques jours. — 17 décembre 1894. La malade a engraissé de 23 livres. Cicatrice parfaitement solide, un peu chéloïdienne, détermine quelques picotements. Elle se plaint de quelques coliques insignifiantes. Santé parfaite, aucune douleur abdominale.

Obs. 36. — *Salpingite aiguë purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Guérison.* — Lucie M..., 21 ans, employée de commerce, entrée le 15 février 1894 à Laënnec. Réglée seulement à 16 ans et toujours bien. Fausse-couche il y a 2 ans sans accident. Il y a un an, accouchement à terme suivi de frissons, de fièvre, et de violentes douleurs abdominales pendant 4 jours.

Depuis cette époque, elle a toujours souffert. Ses règles viennent 4 fois par mois. En novembre dernier, on lui fait un curettage qui donne 3 semaines d'amélioration. Bientôt les douleurs reparaissent et l'obligent à garder le lit. Le jour de son entrée, l'examen est très difficile à cause des douleurs très intenses; on trouve un utérus en position normale, les trompes très volumineuses des deux côtés ; celle de droite en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas. L'opération jugée urgente est faite le lendemain.

Laparotomie le 16 février 1894. — Incision de 9 centimètres. Les adhérences légères des annexes sont faciles à détacher. La trompe droite très rouge, peu distendue, avec villosités exubérantes, contient quelques gouttes de liquide puriforme. Ovaire scléreux. Mêmes lésions à gauche, plusieurs kystes de l'ovaire dont un gros comme une noisette.

Suites opératoires. — Normales, pas de température. Sort guérie.

Résultats éloignés. — 5 juin 1894. Cicatrice légèrement distendue, mais solide. Aucune douleur du côté des pédicules. La malade a des pertes de sang continuelles. — 25 février 1896 Les pertes rouges, grâce au traitement (injections de chlorure de zinc), ont complètement cessé 3 mois après l'opération. Elle a actuellement des pertes blanches

très légères, un peu plus abondantes à l'époque des règles. Elles apparaissent surtout quand la malade s'est fatiguée ; aucune espèce de douleur depuis l'opération. Bouffées de chaleur, peu gênantes.

La malade est employée de commerce, elle est debout toute la journée. — La cicatrice solide mesure 8 centimètres.

Obs. 37. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des trompes et des annexes sans drainage. — Guérison.* — Célestine D..., 25 ans, couturière, entrée le 31 janvier 1894 à Laënnec. Réglée à 15 ans, toujours bien, un accouchement normal en 1891. Depuis cette époque les règles viennent toujours en retard, sont très abondantes et très douloureuses. Les douleurs dans le bas-ventre sont presque continues. Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles. Examen : toucher vaginal. Des deux côtés les annexes sont douloureuses et augmentées de volume. Les annexes droites sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas. Utérus normal.

Laparotomie le 20 février 1894. — Incision de 7 centimètres, libération et ablation des annexes peu adhérentes.

Examen des pièces. — Trompe droite volumineuse contenant du pus franc. Trompe gauche épaissie ; peu distendue. Ovaires scléreux, farcis de kystes.

Suites opératoires. — Normales. Pas de T. La malade sort guérie.

Résultats éloignés. — La malade n'a aucune douleur. Elle a perdu une fois quelques gouttes de sang, mais sans souffrir, elle a eu quelques pertes blanches. Aux époques menstruelles, elle n'éprouve que quelques bouffées de chaleur. La cicatrice est petite, presque invisible et solide. La malade a porté sa ceinture 6 mois.

Obs. 38. — *Salpingite purulente double. — Kyste folliculaire de l'ovaire droit. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Mort par hémorrhagie sous et intra-péritonéale.* — Louise T..., 19 ans, modiste, entrée le 21 février 1894 à Laënnec. Bien réglée depuis l'âge de 11 ans 1/2. Il y a 2 ans 1/2 la malade fait une fausse couche à la suite de laquelle elle perd du sang pendant 3 mois. Il y a 10 mois, accouchement à terme ; 3 mois après, pertes blanches continuelles, règles irrégulières. Douleurs dans le bas-ventre l'obligeant à garder le lit. Entre à l'hôpital au milieu d'une crise tellement douloureuse qu'elle lui arrache des cris. Pas de température à son entrée. Ventre un peu tendu. Palpation difficile. On peut cependant sentir à droite une tumeur remontant assez haut. Toucher vaginal : utérus en position normale ; cul-de-sac latéral droit rempli par une grosse tumeur remontant à mi-hauteur de l'om-

bilic ; cul-de-sac latéral gauche : annexes augmentées de volume mais lésions beaucoup moindres. Le cul-de-sac de Douglas est libre.

Laparotomie le 23 février. — Incision de 9 centimètres. — *Côté droit.* La grosse masse qu'on sentait au toucher est constituée par un kyste séreux qui se crève dès qu'on l'aborde. Pas d'adhérences. Ablation. 3 fils sur le pédicule. — *Côté gauche.* Les annexes adhèrent intimement à la face postérieure du ligament large qui est complètement rétracté. Pendant la décortication une petite poche de pus se crève et quelques gouttes de pus s'écoulent. La pédiculisation est très difficile car on ne peut la faire qu'en exerçant de très fortes tractions sur le ligament large. Deux fils de sûreté. Pas de drainage. — Examen des pièces : à droite, le kyste de l'ovaire semble être un kyste folliculaire de volume anormal. La trompe contournée, congestionnée, très rouge, présente une légère dilatation de la partie ampullaire et des villosités très saillantes. A gauche : trompe contournée en spire (trompe de Freund). La portion ampullaire est notablement augmentée, le pavillon n'est pas oblitéré.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, T. = 36°8. P. = 170; la malade est très agitée ; pendant la nuit, le pouls devient de plus en plus rapide, puis incomptable et presque imperceptible. Délire léger. Dans la journée du 24 la température reste normale ; le pouls dans le même état ; la malade perd la connaissance de ce qui l'entoure. On la soutient depuis l'opération avec des piqûres de caféine. Le 25 à 10 heures du matin, elle meurt tout à coup de syncope.

Autopsie. — Caillots assez abondants dans le péritoine et le petit bassin. Après les avoir enlevés, on constate que les sutures ont parfaitement tenu, mais le ligament large gauche est rempli de caillots et présente le volume d'une orange. Cette tumeur sanguine se prolonge sous le péritoine du petit bassin dans la fosse iliaque gauche et dans le flanc gauche jusqu'à l'extrémité inférieure du rein. Le péritoine est soulevé et laisse voir par transparence cette énorme quantité de caillots. Près du détroit supérieur le péritoine présente une petite déchirure par laquelle semble s'être écoulé le sang trouvé dans la cavité péritonéale.

Obs. 39. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage.* — Marguerite L..., 19 ans, entrée le 27 février 1894 salle Chassaignac. Réglée à 15 ans. Au mois de septembre dernier, elle entre à l'hôpital à la suite d'une fausse couche de 3 mois 1/2 avec de la métrite et déjà une salpingite double. On lui fait un curettage, à la suite duquel ne survient aucune amélioration. Elle revient à l'hôpital

parce qu'elle a des pertes blanches et qu'elle a des douleurs intenses. Toucher vaginal: Utérus en position normale. Tumeur assez volumineuse dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le cul-de-sac de Douglas. La muqueuse est lisse et adhérente. — *A droite.* Lésions moindres. On sent la trompe volumineuse.

Laparotomie le 6 mars 1894. — Incision de 7 à 8 centimètres. A gauche, larges adhérences épiploïques. La trompe est fusionnée à l'S iliaque et complètement adhérente à la face postérieure de l'utérus et du ligament large. La libération en est très pénible. Les adhérences de l'S iliaque, détachées, saignent abondamment. On les cautérise au thermo-cautère. Une petite quantité de pus s'écoule par une légère déchirure de la trompe. A droite, une seule adhérence intestinale qui se détache facilement. Suture de la paroi abdominale sans drainage. — Examen des pièces : les deux trompes sont pleines de pus bien lié et les deux ovaires sont scléro-kystiques.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. Réunion totale par première intention. Ablation des fils le 10e jour. Sort avec une cicatrice solide, ne ressent aucune douleur.

Résultats éloignés. — 27 janvier 1896. Quelques douleurs insignifiantes du côté gauche. Quelques très légères pertes blanches. La cicatrice est solide, presque effacée, mesure 7 centimètres. La malade n'a jamais porté sa ceinture. — Elle a le caractère plus irritable depuis son opération. Les sensations génitales sont devenues beaucoup plus vives depuis cette époque. Excellent état général. Bouffées de chaleur très légères.

Obs. 40. — *Salpingite double suppurée. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage à la gaze iodoformée. — Guérison.* — Marie M..., 18 ans, entrée le 12 mars 1894, salle Chassaignac. Pas de fausses couches ni d'accouchements. Début impossible à préciser. Douleurs dans le bas-ventre depuis plusieurs mois, ayant augmenté depuis un mois 1/2. Hémorrhagies légères. Règles irrégulières. Examen. Toucher vaginal : volumineuse tumeur, mobile, très douloureuse, arrondie, sans fluctuation. A gauche, masse moins volumineuse, très douloureuse, sans limites précises.

Laparotomie le 20 mars 1894. — Incision de 9 centimètres. Adhérences épiploïques à la trompe gauche et à l'utérus. Du côté gauche, adhérences des annexes à la face postérieure du ligament large rétracté, écoulement de pus fétide. La pédiculisation est difficile. A droite l'opération est encore plus laborieuse, il s'écoule du pus à plusieurs reprises. Drainage avec des mèches de gaze iodoformée. Suture de la paroi abdominale en un seul plan. — Examen bactériologique : pus stérile.

Suites opératoires. — Normales. Guérison rapide. Cicatrice résistante. Malade non retrouvée.

Obs. 41. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Guérison.* — Félicité M..., 35 ans, domestique, entrée le 15 mars 1894, salle Chassaignac.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Un accouchement il y a 13 ans. Depuis 2 ans, douleurs extrêmement vives, disparaissant sous l'influence du repos, rendant toute marche très pénible. Il y a 2 mois, hémorrhagies abondantes avec caillots survenues en dehors des règles. Examen. Toucher : utérus mobile. Tumeur douloureuse dans chacun des deux culs-de-sac latéraux du vagin.

Laparotomie le 20 mars 1894. — Incision de 6 centimètres. Annexes droites adhérentes à la corne utérine. A gauche pas d'adhérences. Ablation bilatérale.

Suites opératoires. — Normales. Guérison rapide. Cicatrice solide. Malade non retrouvée.

Obs. 42. — *Pyosalpinx du côté gauche. — Salpingite catarrhale à droite. — Première intervention chirurgicale : curettage. — Deuxième intervention, laparotomie. — Ablation des annexes avec drainage.* — Mathurine P..., 32 ans, domestique, entrée le 17 mars 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée à 17 ans régulièrement. *Symptômes* : Hémorrhagies assez graves. Menstruation irrégulière ; a eu un accouchement normal, douleurs dans le bas-ventre pendant la marche rendant tout travail impossible. La malade a souvent des frissons et de la fièvre. Examen. Toucher vaginal : utérus peu mobile dans le petit bassin ; dans le cul-de-sac latéral gauche on trouve une masse annexielle de petit volume, très douloureuse.

Après un curettage pratiqué le 19 mars, les pertes continuent, la fièvre apparaît ; l'état général s'aggrave.

Un nouvel examen, le 1er avril, démontre une augmentation notable de la masse annexielle du côté gauche, sous l'influence probable du curettage. Les douleurs sont toujours très vives et les poussées fébriles continuent ; on décide de faire une salpingectomie.

Laparotomie le 6 avril 1894. — Incision de 7 centimètres. Du côté droit, les adhérences des annexes à l'intestin grêle sont facilement détachables. La pédiculisation est difficile à cause de la brièveté et de la rétraction du ligament large. La trompe est légèrement augmentée de volume, sinueuse, épaissie, rouge et congestionnée, le pavillon est ouvert. A gauche, des adhérences très intimes à l'S iliaque et à la vessie sont très difficiles à libérer ; la pédiculisation est laborieuse par suite

de l'épaississement du ligament large. On draine à la gaze iodoformée. Les annexes de ce côté sont très volumineuses ; la trompe présente sur son trajet une poche isolée, de la grosseur d'une orange, et contenant 30 grammes de pus ; l'ovaire est perdu au milieu d'adhérences inflammatoires unissant le ligament large à la vessie. Suture de la paroi abdominale en un plan.

Le pus, inoculé dans le péritoine d'un cobaye, ne donne aucune réaction. L'examen bactériologique et les cultures ne révèlent l'existence d'aucun microbe.

Suites opératoires. — Légère élévation de température pendant 4 jours à peine à 38°. La malade sort guérie le 1er juin.

Pas de douleurs, cicatrice solide et résistante.

Résultats éloignés. — 26 janvier 1896. La malade a ses règles régulièrement. Entre ses règles, elle ne souffre pas; elle peut marcher et travailler. Elle éprouve des douleurs seulement quelques jours avant l'époque menstruelle. La santé générale est bonne ; elle dit cependant qu'elle a moins de forces qu'autrefois. La cicatrice cutanée est un peu large dans la partie inférieure, mais parfaitement résistante sur toute sa longueur (7 cm.). Au toucher les culs-de-sac sont souples, non douloureux. L'utérus est en rétroversion légère, mais l'hystéropexie n'a pas été faite.

Obs. 43. — *Salpingite suppurée double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage.* — Léonie B..., 30 ans, employée, entrée à Laënnec le 12 avril 1894. — Réglée à 17 ans, régulièrement, jusqu'à il y a 6 semaines. Un accouchement normal il y a 6 ans. Il y a un an la malade a eu pendant 2 mois des pertes blanches et verdâtres. Depuis six semaines, elle souffre beaucoup dans le ventre et les reins. Elle a des pertes rouges extrêmement abondantes. La miction est douloureuse et fréquente. La douleur dans le bas-ventre est surtout localisée du côté droit et revient par crises. Au toucher: on trouve dans le cul-de-sac droit une grosse tumeur rénitente, très douloureuse, proéminant fortement dans le cul-de-sac. A gauche, une masse moins volumineuse et plus éloignée. Dans le Douglas, on trouve, profondément une masse diffuse et douloureuse.

Laparotomie le 24 avril 1894. — Les annexes droites sont adhérentes à la face postérieure du ligament large et à la paroi du bassin. Mais les adhérences cèdent facilement. Deux fils sur le pédicule. Les annexes gauches présentent à l'S iliaque et à la face postérieure du ligament large, des adhérences, qui, bien que plus résistantes que du côté droit, cèdent assez facilement. 3 fils sur le pédicule. Suture sans drainage. *Examen bactériologique du pus.* Streptocoque dans les deux trompes.

Résultats éloignés. — La malade est revue le 28 juillet 1895. Sa santé générale est très bonne ; la cicatrice est très résistante. La malade n'éprouve aucune douleur, elle n'a pas de pertes. Le toucher n'est pas douloureux. Les culs-de-sac sont souples.

Obs. 44. — *Hydrosalpinx du côté droit. — Salpingite catarrhale à gauche. — Salpingectomie double. — Pas de drainage.* — Rosine M..., 31 ans employée, entrée le 4 avril 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Menstruation toujours douloureuse. En 1889, à la suite des premiers rapprochements sexuels, première poussée douloureuse du côté des annexes, avec fièvre et frissons. A cette époque la malade est soignée à l'hôpital de la Charité pour une métrosalpingite. Elle n'a eu aucune amélioration et a continué à avoir des pertes blanches, épaisses, verdâtres, tachant le linge. La miction est fréquente et légèrement douloureuse. Elle a eu un accouchement prématuré à 7 mois en 1893 suivi d'une amélioration passagère dans son état. Depuis deux semaines les douleurs ont reparu, tellement vives, que la malade ne peut marcher. Les règles sont très abondantes (10 jours), douloureuses, avec pertes blanches dans l'intervalle. Elle entre à l'hôpital avec de la fièvre montant jusqu'à 39°. — Toucher vaginal : L'utérus en antéflexion normale est immobilisé, il est le siège de douleurs vives. Le cul-de-sac droit est rempli par une tumeur volumineuse effaçant les plis du vagin et régulièrement arrondie. Elle est rénitente, sans fluctuation manifeste, et se prolonge en arrière jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une tuméfaction diffuse, très douloureuse, mais moins volumineuse qu'à droite.

Laparotomie le 27 avril. — La trompe *gauche*, peu adhérente, est enlevée. La grosse masse du *côté droit* est très adhérente à la face postérieure de l'utérus, la libération en est faite aux ciseaux. Légère hémorrhagie du pédicule que le fil coupe. Cautérisation au thermocautère. La masse du côté droit contient un liquide transparent dont l'examen bactériologique ne donne rien.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort guérie.

Résultats éloignés. — 29 septembre 1896. La malade n'éprouve plus aucune douleur, elle n'a aucune espèce de pertes. Elle a pu reprendre ses occupations sans fatigue.

La cicatrice est solide et mesure 7 centimètres.

Obs. 45. — *Hydrosalpinx gauche unilatéral. — Laparotomie. — Ablation unilatérale des annexes.* — Hermance D..., 35 ans, entrée le 25 avril 1894, à Laënnec.

Antécédents. — Bien réglée, régulièrement et très abondamment. Deux accouchements à 18 et à 20 ans. A 29 ans, quelques pertes blanches suivies d'hémorrhagies abondantes. Cautérisations au crayon. Amélioration, mais les règles ne réapparaissent plus. A 31 ans, pertes épaisses, jaune verdâtre. Douleurs dans le bas-ventre, intenses du côté gauche, avec irradiation vers l'épigastre. Examen : utérus en position normale, mobile. Le cul-de-sac gauche est rempli par une tumeur du volume d'une grosse orange. Elle est assez régulièrement arrondie, rénitente, pas très douloureuse.

Laparotomie le 1er mai 1894. — Incision de 8 centimètres. Les annexes saines du côté droit sont laissées. La masse annexielle du côté gauche, très adhérente à l'intestin grêle, à l'S iliaque et à la face postérieure du ligament large est difficile à libérer. Elle est formée d'un hydrosalpinx et d'un kyste hématique de l'ovaire qui se rompt et laisse écouler du sang noirâtre pendant l'opération.— Suture en un seul plan sans drainage.

Examen bactériologique. — Pus stérile.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort le 26 mai guérie.

Résultats éloignés. — Août 1894. La malade est en très bonne santé. Elle a ses règles régulièrement, mais elle accuse quelques douleurs vagues à l'époque menstruelle. La cicatrice est solide et résistante.

Janvier 1896. — La malade est en parfaite santé. Elle a ses règles régulièrement, sans douleur. Toucher vaginal : ne détermine aucune douleur dans les culs-de-sac qui sont souples.

Obs. 46. — *Rétroversion adhérente et douloureuse. — Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie.* — Marie H..., 25 ans, domestique, entrée le 22 avril 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Un accouchement normal il y a 6 ans. Elle souffre dans le bas-ventre depuis 3 ans. Elle avait, au début, des pertes assez considérables et fut soignée à l'Hôtel-Dieu pour une métrite hémorrhagique et une rétroversion utérine. On lui fit porter un pessaire pendant 3 mois. Un an après, les douleurs augmentant, elle retourna à l'hôpital, où l'on ne put sous chloroforme réduire la rétroversion. La douleur occupe la région lombaire et s'irradie dans les cuisses. La miction est douloureuse et cuisante, seulement depuis deux mois. La défécation est horriblement douloureuse. Constipation. *Au toucher* : les culs-de-sac latéraux sont libres. Le cul-de-sac postérieur est occupé par le corps de l'utérus rétrofléchi, douloureux, un peu mobile, mais non complètement réductible.

Laparotomie le 1er mai. — Incision de 7 centimètres. Les adhérences de l'utérus sont très résistantes, mais assez lâches. De même pour celles des annexes. Les ovaires augmentés de volume et déformés sont enlevés. La trompe droite est assez congestionnée. L'utérus est fixé par un fil dans la gaîne des muscles droits. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Guérison rapide. Pas de température.

Résultats éloignés. — 26 septembre 1894. La malade est en très bonne santé. Elle n'éprouve plus de douleurs et n'a aucune perte. L'utérus fixé à la paroi est en très bonne position; pas de douleur au niveau des pédicules. La cicatrice est très solide.

Obs. 47. — *Pyosalpinx du côté droit. — Salpingite catarrhale à gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage.* — Augustine K..., 24 ans, couturière, entrée à Laënnec le 30 avril 1894.

Antécédents. — Réglée à 15 ans régulièrement. 2 accouchements prématurés à 7 mois, enfants morts. Un accouchement normal. La malade a contracté la syphilis de son mari. Il y a 6 semaines elle a ressenti des douleurs sous forme d'élancements dans le bas-ventre et les reins, après une fatigue. Depuis 3 semaines, elle a de la fièvre, survenant le soir.

Au toucher vaginal: on sent dans le cul-de-sac droit une masse douloureuse, de la grosseur d'une orange, collée à la corne utérine. Dans le cul-de-sac gauche, une masse diffuse de la grosseur d'une noix.

Laparotomie le 4 mai 1894. — Incision de 5 centimètres.

On trouve du côté droit une tumeur du volume d'une mandarine contenant 20 grammes de pus, très adhérente. Du côté gauche, quelques adhérences lâches avec l'S iliaque. Trompe sinueuse et bosselée, pavillon fermé. Suture en un seul plan, sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes, pas de température. La malade sort guérie, elle ne souffre plus, la cicatrice est résistante.

Résultats éloignés. — 26 juillet 1894. La malade est en très bon état. Elle ne souffre plus, elle a seulement quelques légères pertes blanches. Elle n'a eu aucun phénomène nerveux à l'époque des règles. La cicatrice est très solide.

26 février 1896. — Depuis 6 mois les pertes blanches sont abondantes, mais apparaissent régulièrement à chaque époque menstruelle et tachent le linge en vert. Elle a en même temps des douleurs lombaires.

Depuis 5 jours elle a de légères pertes rouges survenues à la suite d'un excès de fatigue, occasionné par la marche, et elle éprouve des douleurs abdominales comme elle en avait autrefois à l'époque menstruelle.

Cicatrice 5 centimètres, linéaire, blanche, solide. — Le caractère est

devenu, depuis deux ans, très enclin à la tristesse. Elle pleure facilement. Les sensations génitales sont moins vives.

Obs. 48. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Lucie L..., 20 ans, couturière, entrée le 24 avril 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Bien réglée; fausse couche de deux mois il y a deux ans, sans accidents. L'année suivante, douleur vive dans le bas-ventre; peu après, pertes blanches, jaunâtres, épaisses, tachant le linge. Douleurs vives dans l'abdomen surtout du côté gauche. Le toucher vaginal révèle de la douleur dans le cul-de-sac gauche et une augmentation de volume des annexes de ce côté.

Laparotomie le 11 mai 1894. — Incision de 7 centimètres. Les annexes sont très adhérentes. — L'utérus est adhérent en arrière; suture sans drainage. — Pièces : salpingite catarrhale, végétante des deux côtés. La trompe gauche est plus volumineuse que celle du côté droit, elle présente quelques petits kystes séreux.

Examen bactériologique. — Des cultures du pus révèlent l'existence du streptocoque.

Suites opératoires. — Bonnes, pas de température. La malade sort guérie le 9 juin. Elle n'éprouve aucune douleur du côté des pédicules, la cicatrice est résistante.

Obs. 49. — *Rétroversion utérine. — Salpingite catarrhale droite. — Laparotomie. — Ablation des annexes droites. — Hystéropexie abdominale.* — Amélie L..., couturière, 43 ans, entrée le 1er mai 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, très irrégulièrement. Un accouchement normal il y a 22 ans; s'est levée et a marché le lendemain; il y a 4 ans, hémorrhagies abondantes. Elle souffre continuellement dans le ventre depuis deux ans et perd beaucoup de sang; elle a en outre des douleurs le long du nerf sciatique du côté gauche (tous les points d'élection). La miction est douloureuse, il en est de même pour la défécation.

La malade est très constipée. Depuis 6 mois, elle n'a pu travailler. Après examen, on diagnostique une rétroversion utérine irréductible.

Laparotomie le 18 mai 1894. — L'utérus dont la déviation paraissait irréductible n'est nullement adhérent. Les annexes du côté gauche sont saines et laissées en place. Du côté droit, la trompe congestionnée est très rouge, avec des plexus variqueux dans le ligament large. L'ovaire est volumineux et dur. Les annexes de ce côté sont enlevées.

Hystéropexie abdominale avec un fil de soie. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes, pas de température. La sciatique persiste. Exeat le 16 juin ; il n'y a plus de douleur au toucher.

Résultats éloignés.—Janvier 1896. La sciatique a disparu peu de temps après sa sortie de l'hôpital ; pendant plus d'un an, elle s'est trouvée bien portante à la suite de son opération. Elle n'avait pas de règles ; elle avait seulement des pertes blanches assez abondantes ; elle ne ressentait aucune douleur et pouvait se livrer à un travail fatigant.

Au mois de septembre 1895, apparaissent des pertes de sang extrêmement abondantes et qui durent 4 semaines ; à la fin d'octobre une nouvelle métrorrhagie dure 3 semaines. Depuis cette époque, elle a des règles qui durent 15 jours par mois et dans l'intervalle des pertes blanches. Pendant les règles, elle éprouve des douleurs très vives dans la région lombaire et dans les deux côtés du ventre. Elle éprouve des troubles nerveux analogues à ceux des femmes qui ont subi la castration double, bouffées de chaleur plusieurs fois par jour extrêmement gênantes, accompagnées de sueurs profuses, vertiges. Au toucher, on trouve un utérus un peu gros, bien fixé, non douloureux (l'hystéropexie a très bien tenu), il y a un peu de douleur dans le cul-de-sac latéral droit. La cicatrice est solide et rentre quand la malade tousse. Elle mesure 6 centimètres.

Obs. 50. — *Pyosalpinx droit. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Sans drainage. — Guérison.* — Maria C.., 23 ans, gantière, entrée le 15 mai 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement. A ressenti il y a un an des douleurs dans le ventre, coïncidant avec des pertes blanches et des mictions fréquentes et douloureuses. Elle souffre beaucoup depuis 8 jours, surtout la nuit.

Toucher vaginal. — Cul-de-sac droit : masse assez dure et très douloureuse ; à gauche, masse peu volumineuse et douloureuse. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur extrêmement dure, sinueuse, bosselée, qui paraît être formée par les annexes du côté droit prolabées.

Laparotomie le 25 mai 1894. — On trouve à droite une grosse trompe du volume d'une poire, très adhérente avec ligament large. Elle contient du pus crémeux, blanchâtre. A gauche, adhérences filamenteuses. La trompe présente le type infantile, elle est contournée sur elle-même. Une partie de l'ovaire du côté droit est restée dans l'abdomen ; le fil du pédicule ayant glissé sur lui, il a été sectionné en plein parenchyme.

Suites opératoires. — Très bonnes, pas de température. La malade sort guérie le 23 juin 1894. Elle ne souffre plus, la cicatrice est solide.

Examen bactériologique. — Pus stérile.

Résultats éloignés. — 15 octobre 1894. La malade éprouve des dou-

leurs dans le bas-ventre du côté droit. Par la palpation bi-manuelle, on sent, dans le cul-de-sac droit, l'ovaire laissé en place et qui est le siège des douleurs.

La malade a des pertes blanches assez abondantes. La cicatrice est résistante.

Obs. 51. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Blanche T..., 22 ans, entrée le 22 mai 1894 à Laënnec. La douleur du ventre remonte à 7 mois à la suite d'un accouchement. Règles douloureuses. Pas de métrorrhagies.

Laparotomie le 4 juin 1894.— Incision de 5 centimètres. L'ovaire droit est scléro-kystique, du volume d'un œuf; la trompe saine de ce côté; l'ovaire est enlevé. L'ovaire gauche présente les mêmes lésions, mais est moins volumineux; ablation. L'utérus en rétroflexion est fixé à la paroi abdominale par un fil de soie.

Suites opératoires. — Rien de particulier. T. 38° le 5e jour. La malade sort guérie, n'éprouvant plus aucune douleur. La cicatrice est résistante.

Résultats éloignés. — La malade écrit le 24 janvier 1896. Elle est en bonne santé et n'éprouve aucune douleur. Cependant quand elle est fatiguée, elle ressent des élancements dans le bas-ventre, surtout du côté droit. Elle a des pertes blanches plus considérables à la fin de chaque mois, accompagnées de maux d'estomac. Elle remarque que « sa taille enfle » à cette époque : elle est alors obligée de quitter son corset pendant 8 à 10 jours. La malade a observé aussi que sa mémoire diminuait.

Obs. 52. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes des deux côtés. — Pas de drainage. — Guérison.* — Angèle S..., 19 ans, entrée le 22 mai 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée régulièrement; a commencé à souffrir depuis l'époque de son mariage, il y a 5 mois; elle perd en rouge et en blanc dans l'intervalle des règles. La douleur est extrêmement vive de chaque côté du ventre, surtout du côté droit. Pendant les règles, la marche et la station debout sont impossibles. La miction est douloureuse et cuisante depuis le début des accidents; à la palpation, on trouve dans les deux régions iliaques une tumeur appréciable remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; celle de gauche est moins volumineuse. Au toucher : l'utérus semble en partie enclavé et est de volume normal. Dans chacun des deux culs-de-sac on trouve une tumeur arrondie, résistante, mais non fluctuante, douloureuse à la

pression et déplissant devant elle la paroi vaginale. Les lésions du côté gauche sont moins volumineuses qu'à droite.

Laparotomie le 4 juin 1894. — Incision de 6 centimètres.

Du côté droit, volumineuse poche dont il est difficile de détacher les adhérences. La rupture de celles-ci dénude la paroi intestinale sur une surface équivalant à celle d'une pièce de 0,50 centimes, la poche se rompt et du pus s'écoule en assez grande quantité dans l'abdomen. A gauche, il y a de nombreuses adhérences, quelques gouttes de pus s'écoulent après déchirure de la trompe. — 3 sutures profondes. Sutures superficielles, pas de drainage.

Suites opératoires. — Bonnes. Légère élévation de température pendant quelques jours, ne dépassant pas 38°. Le 3e jour un des fils d'argent des sutures profondes se casse. Lors de l'enlèvement du pansement, on constate un point faible à ce niveau. Lorsque la malade sort le 30 juin, elle n'éprouve plus aucune douleur ; la cicatrice est faible, légèrement distendue au niveau du fil cassé. Des cultures du pus recueilli révèlent l'existence du streptocoque.

Résultats éloignés. — 29 juillet 1894. La malade a souffert à l'époque présumée des règles ; au toucher, petite nodosité dans le cul-de-sac gauche.

28 septembre. La cicatrice commence à s'élargir au nivau du fil cassé. — La malade a des pertes blanches. Au niveau du cul-de-sac gauche, on sent une tumeur très douloureuse, spontanément et à la pression, et présentant le volume d'une petite mandarine. — Voir l'observation 73.

Obs. 53. — *Pyosalpinx du côté droit. — Laparotomie. — Ablation des annexes des deux côtés. — Pas de drainage. — Guérison.* — Maria F..., 23 ans, employée, entrée le 6 juillet 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Au mois d'avril 1894, fausse couche de 3 mois ; six semaines au lit. Dans la suite, pertes blanches, épaisses et miction douloureuse. Douleur localisée au niveau du fond de l'utérus ; quelques hémorrhagies légères. *Toucher et palper bi-manuel* : Le corps utérin, de volume normal, est dans son entier dévié à gauche par une tumeur du cul-de-sac droit. Cette tumeur est arrondie, du volume du poing environ, très douloureuse à la pression, déplissant la paroi vaginale correspondante. Elle est réductible dans le grand bassin. Dans le cul-de-sac gauche, on trouve l'ovaire en prolapsus et roulant sous le doigt.

Laparotomie le 13 juillet 1894. — La trompe droite et l'ovaire sont entièrement confondus ; ils adhèrent à une anse d'intestin grêle sur une surface équivalente à celle d'une pièce de 2 francs. Les adhérences ont pu être rompues. L'épaississement du ligament large rend la pédi-

culisation difficile. La trompe, à parois très épaissies, contient du pus et présente de petites cloisons. *A gauche*, l'ovaire scléro-kystique est légèrement adhérent, la trompe est saine; les annexes sont enlevées.

Suites opératoires. — Température de 38° et un peu au-dessus pendant quelques jours. Guérison.

Examen bactériologique du pus. — Négatif.

Résultats éloignés. — 17 septembre 1894. La malade ne ressent plus aucune espèce de douleur ; elle se plaint de pertes blanches. On lui fait des injections intra-utérines au chlorure de zinc à 1/100. La cicatrice est très solide. Les culs-de-sac sont souples. Il est à noter que cette malade, qui a beaucoup souffert de dyspepsie avant son opération, n'a plus maintenant aucun trouble digestif.

Obs. 54. — *Rétroversion utérine adhérente avec léger degré de prolapsus. — Salpingite suppurée au début. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Hystéropexie.* — Célina R..., 21 ans, doreuse, entrée le 20 juillet 1894 à Laënnec.

Antécédents. — Menstruation régulière depuis l'âge de 12 ans. Un accouchement normal en octobre 1891. La malade ne peut préciser le début de la douleur, qui, d'abord sourde, a augmenté brusquement lors des dernières règles (juillet 1894). Depuis, elle a dû garder le lit. Les douleurs sont tellement vives que la marche est à peu près impossible. Pas de métrorrhagie; pertes blanches et odorantes tachant le linge. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. *Au toucher.* Corps utérin de volume normal, dévié en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, très douloureux à la pression. La réduction n'est pas possible. L'utérus, dans son entier, est en prolapsus. On sent, en prolapsus dans les culs-de-sac, les annexes douloureuses, peu augmentés de volume. Hystérométrie = 0,07.

Laparotomie le 27 juillet 1894. — Incision de 0,05 centimètres. Adhérences molles des anses intestinales au péritoine pariétal. Tous les organes du petit bassin sont réunis par des adhérences molles, glutineuses, faciles à détacher. La rétroversion utérine est facilement réduite. Les annexes sont enlevées, les trompes sont congestionnées, rouges, sinueuses. La trompe droite est du volume du pouce et contient du pus; lésions moindres à gauche, quelques gouttes de pus dans la trompe. Suture de la paroi en 3 plans. Hystéropexie avec un fil de soie. — Examen bactériologique. — Révèle l'existence du gonocoque dans le pus.

Suites opératoires. — Très bonnes. Guérison rapide. Aucune douleur spontanée, ni provoquée par le toucher.

Malade non retrouvée.

Obs. 55. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage à la gaze iodoformée.* — Elisa B..., 18 ans, domestique, entrée le 31 juillet 1894 à Laënnec.

Antécédents. — A été réglée à 15 ans. Les règles ne se sont montrées que six fois depuis cette époque; l'écoulement est peu abondant mais dure 8 jours. Début de la maladie il y a 15 mois par des pertes blanches à la suite d'une fausse couche de 6 mois. Les douleurs n'ont apparu que depuis deux semaines; elles sont intermittentes, extrêmement vives, nettement localisées aux régions iliaques, surtout à gauche; les pertes blanches sont très abondantes, visqueuses, et tachent le linge.

Laparotomie le 10 août 1894. — Les annexes gauches présentent des adhérences avec l'S iliaque, dont la libération est extrêmement pénible. Rupture d'une poche de pus qui s'écoule dans le péritoine mal protégé. La pédiculisation est très difficile à cause d'une nodosité du volume d'une noix située presque sur la corne utérine et contenant du pus. A droite, même nodosité infiltrée de pus à la partie interne de la trompe. Les annexes sont très adhérentes à l'S iliaque, la trompe est dilatée, flexueuse, à parois hypertrophiées, et contient du pus.

Examen bactériologique. — Pus stérile.

Suites opératoires. — Bonnes, pas de température. La malade sort guérie le 9 septembre 1894.

Résultats éloignés. — 5 décembre. Très bon état général; la malade n'éprouve aucune douleur et n'a pas de pertes ni rouges ni blanches. La cicatrice est solide.

Obs. 56. — *Salpingite purulente gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes du côté gauche. — Guérison.* — B... Louise, 17 ans, domestique. Entrée le 10 août 1894. La malade souffre des annexes gauches depuis le 2 août. *Au toucher* : les annexes droites paraissent saines, les annexes gauches sont volumineuses, douloureuses et adhérentes.

Laparotomie le 14 août 1894. — Ablation de la trompe gauche intimement unie à l'S iliaque. Ces adhérences sont sectionnées au bistouri. L'ovaire scléro-kystique est enlevé. Les annexes droites, trouvées saines, sont laissées en place. Le cathétérisme de la trompe en démontre la perméabilité ; on retire de ce conduit un petit corps étranger, blanc, très dur, de la grosseur d'une petite lentille.

Suites opératoires. — Elévation de température à 38° pendant quelques jours. Une fois jusqu'à 39°. La malade sort en parfait état le 12 septembre. Malade non retrouvée.

Obs. 57. — *Salpingite droite suppurée. — Laparotomie. — Ablation unilatérale des annexes. — Guérison.* — Marie B..., 21 ans, cuisinière, entrée à Laënnec le 16 avril 1894.

Interrogatoire. — Menstruation normale. Après un accouchement survenu dans la rue, il y a 15 mois, la malade ne se repose que six jours et reprend son travail. Depuis quelques mois, douleur très vive dans le bas-ventre, revenant par crises. Cette douleur est provoquée par la marche et empêche la station debout ; pertes blanches, jaunâtres, tachant le linge et ayant débuté après son accouchement. Pas de troubles de la miction. Défécation douloureuse. — Au toucher : on trouve dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur, située très haut, très douloureuse à la pression, du volume d'une pomme.

Cul-de-sac gauche : annexes appréciables, peu volumineuses. Quelques traînées inflammatoires.

Laparotomie le 24 août 1894. — Côté droit : Grosse masse annexielle, très adhérente à la face postérieure des ligaments larges et à l'intestin. Libération pénible ; ablation. Du côté gauche, légères adhérences de l'ovaire, mais la trompe est saine et perméable. Les annexes sont laissées en place. Suture de la paroi ; drainage. — Examen des pièces : La trompe droite, volumineuse, contient du pus.

Examen bactériologique. — Gonocoques.

Suites opératoires. — Le neuvième jour, la malade dut être transportée du pavillon Récamier à la salle Chassaignac ; par suite d'un accident elle faillit être renversée pendant qu'on la portait et fit un violent effort ; elle est prise d'une hémorrhagie intestinale extrêmement abondante et rend 6 à 700 grammes de caillots sanguins, noirâtres, au prix de vives coliques. T. = 38°. Le 10e jour les sutures se désunissent et du sang fétide s'écoule également par la plaie. Il s'établit une fistule stercorale ; la plaie donne issue à des matières mêlées de sang. T. 38°.

Les jours suivants la fistule diminue ; il ne sort plus par son ouverture qu'une petite quantité de pus. Quand la malade sort, le 21 novembre, la fistule est tarie mais il persiste encore un trajet dans lequel le stylet s'enfonce de 5 à 6 centimètres.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade écrit de Tours. Elle dit être actuellement enceinte de 6 mois. Elle avait auparavant ses règles régulièrement, sans douleurs. La cicatrice présente une petite hernie de la grosseur d'une noix à la partie inférieure.

Obs. 58. — *Ovaro-salpingite du côté gauche. — Kyste de l'ovaire inclus à droite. — Laparotomie. — Ablation bilatérale. — Guérison.* — Eugénie P..., 31 ans, cuisinière, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 19 août 1894.

Laparotomie le 30 août. — L'ovaire et la trompe gauche croisent la face postérieure de l'utérus pour se porter à droite.

Pédiculisation et ablation. Dans le ligament large du côté droit existe un kyste ovarien de la grosseur d'une orange. Énucléation par le pro-

cédé de M. Delbet. Le kyste ponctionné donne 200 grammes d'un liquide brun chocolat. Drainage abdominal.

Suites opératoires. — Bonnes, T. 38°, pendant les 2 premiers jours.

La malade sort guérie, le 26 septembre 1894.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. La malade souffre toujours dans l'aine du côté droit et dans la région iliaque correspondante.

Les douleurs y sont surtout assez vives au moment où apparaissent des règles abondantes, irrégulières, durant 8 ou 10 jours.

Pertes blanches dans l'intervalle ; au toucher, on trouve l'utérus gros, mobile, peu douloureux. Un assez gros paquet d'adhérences au pédicule gauche. Cicatrice : un point faible à la partie moyenne. Elle mesure 10 centimètres.

Obs. 59. — *Salpingite suppurée double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Mort un mois après de pleurésie purulente.* — Renée N..., chenilleuse, 21 ans, entrée le 20 août 1894 à Laënnec. *Commémoratifs.* Souffre continuellement du ventre depuis 3 semaines. N'a eu ni accouchement ni fausse couche. Douleurs spontanées, vives, intermittentes s'irradiant aux lombes et au bassin, et jusque dans les cuisses et les genoux. Pas de métrorrhagie. Menstruation normale. Pertes blanches, quelquefois rougeâtres, vertes, tachant le linge. Aucun trouble de la miction ni de la défécation. Toucher : col entr'ouvert parsemé de granulations. Cul-de-sac postérieur : masse dure, irrégulière, sinueuse, douloureuse, nettement séparée de l'utérus et se prolongeant vers chaque cul-de-sac latéral. Cette tumeur semble adhérente. Cul-de-sac droit : rien de particulier. Cul-de-sac gauche : masse du volume d'une pomme descendant très bas, soulevant et déplissant le vagin.

Laparotomie le 29 août. — Annexes droites très adhérentes à la face postérieure de l'utérus. Ces adhérences sont très résistantes et très serrées. Décortication laborieuse, la poche se rompt et du pus s'écoule. Côté gauche : poche plus volumineuse très adhérente à la face postérieure au ligament large. La libération est très difficile. Une première poche se rompt d'où il sort du pus. Puis une deuxième poche qui donne issue à du liquide séreux. Suture en un seul plan. Pas de drainage. Examen bactériologique : Gonocoque.

Suites opératoires. — Rien de particulier, sauf une légère élévation de température à 38° pendant les 4 premiers jours. La malade guérit de l'opération. Mais la température remonte le 11 septembre. On découvre une pleurésie séreuse, qui devient purulente. La température oscille entre 39° et 40°. La malade meurt le 26 septembre.

Autopsie. — On trouva le péritoine absolument sain. Aucune adhérence au niveau des pédicules, dont les fils avaient disparu sous des

fausses membranes. La guérison locale était parfaite. Les pièces sont conservées dans le musée du service de M. le Dr Nicaise à Laënnec.

Obs. 60. — *Diagnostic : Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage à la gaze iodoformée.* — Marie M..., 21 ans, domestique. Entrée le 1er septembre 1894 à Laënnec.

Entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales.

Examen : La palpation abdominale détermine des douleurs vives bilatérales. On sent en outre une tumeur diffuse de chaque côté.

Toucher : Cul-de-sac droit : volumineuse tumeur, non adhérente, glissant sous le doigt, très douloureuse, avec irrégularités et bosselures. Cul-de-sac gauche : énorme tumeur fluctuante occupant aussi le Douglas et entourant le col utérin à sa face postérieure, elle en est séparée par un sillon très net et très profond. Utérus enclavé, adhérent, non mobilisable. Col légèrement déchiré à gauche ; granuleux.

Signes fonctionnels : Douleurs abdominales très vives, irradiées aux cuisses. Pas de douleur à la miction, ni à la défécation. Leucorrhée abondante, tachant le linge, purulente. Menstruation régulière, un peu douloureuse. Commémoratifs : La malade a eu un accouchement normal il y a 16 mois. Les douleurs dans le ventre ont commencé seulement il y a 1 mois. Une seule hémorrhagie abondante avec caillots le 20 août.

Laparotomie le 31 août 1894. — Libération extrêmement difficile des annexes du côté droit. Adhérences extrêmement serrées et résistantes à l'intestin grêle. Rupture d'une poche de pus. A gauche : adhérences très intimes à une anse d'intestin grêle qui se décline en partie, et à des appendices épiploïques de l'S iliaque. On distingue alors un gros kyste dont la ponction donne issue à 100 grammes de liquide séreux ; il reste une grosse masse très adhérente à la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges. Pendant la libération, rupture de trois poches, dont deux contiennent du pus, la 3e du sang. Drainage des deux côtés à la gaze iodoformée. Suture. Examen bactériologique : Aucun microbe.

Suites opératoires. — Pas de température. La malade a des pertes rouges et blanches assez abondantes. Elle quitte l'hôpital le 13 octobre. La cicatrice est résistante. L'orifice du drain est complètement fermé. Aucune douleur. Mais quelques pertes blanches.

Malade non retrouvée.

Résultats éloignés. — 4 septembre 1895. La malade est en très bonne santé et vient de se marier. Elle n'éprouve aucune douleur, elle se plaint cependant d'avoir ses règles deux fois par mois. Injections intra-utérines au chlorure de zinc à 1/100.

Obs. 61. — *Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes.* — Louise T..., 34 ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 août 1894. Commémoratifs ; Réglée à 15 ans régulièrement. Onze grossesses antérieures et une fausse couche. Dernière couche il y a 6 ans. Douleurs abdominales depuis 6 ans, avec irradiations aux lombes et aux cuisses, s'exaspérant à la moindre fatigue et imposant à la malade de longues périodes de repos. Pertes blanches abondantes. Règles irrégulières et douloureuses. Troubles digestifs. Abdomen douloureux à la pression. Au toucher: utérus en rétroversion ; accolée au corps, une tumeur du volume d'une mandarine, arrondie, dure, douloureuse à la pression et séparée de l'utérus par un sillon très net. Cette tumeur occupe le cul-de-sac postérieur, empiétant un peu sur le cul-de-sac latéral droit. Du côté gauche, annexes douloureuses.

Laparotomie le 3 septembre. — Kyste du volume d'une grosse mandarine contenant une sérosité jaunâtre, appendu à la corne utérine du côté droit. L'ovaire du même côté est scléreux et présente un kyste du volume d'une noix. Ablation du kyste et des annexes. Ablation de l'ovaire gauche scléreux.

Suites opératoires. — Bonnes. Réunion immédiate.

Malade non retrouvée.

Obs. 62. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Madeleine G..., 25 ans, cuisinière, entrée le 1er septembre 1894 à Laënnec. Entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales.

Signes physiques. — Au toucher, on sent dans les deux culs-de-sac une tumeur annexielle du volume d'un petit œuf, qui roule sous le doigt et ne paraît pas adhérente. Cette tumeur extrêmement douloureuse est régulièrement arrondie, sans fluctuation. L'utérus est en rétroflexion facilement réductible.

Hystérométrie : 7 cm. 1/2. Antécédents : accouchée au mois de mai d'un fœtus mort et macéré. Suites de couches fébriles : T. = 40°. Commencement de péritonite. Curettage. Elle sort de l'hôpital après 1 mois 1/2.

Signes fonctionnels. — Depuis le mois de juillet, elle a des pertes rouges continuelles. Elle éprouve des douleurs abdominales avec irradiations dans les cuisses et au creux épigastrique. Douleurs à la miction. Pertes blanches.

Laparotomie le 12 septembre 1894. — Les trompes des deux côtés ont le pavillon oblitéré, mais sont à peine distendues. Les ovaires sont scléro-kystiques. Plusieurs petits kystes se rompent pendant l'ablation. Quelques légères adhérences du côté gauche. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Normales. Rien de particulier. La malade sort guérie.

Résultats éloignés. — 20 janvier 1896. A toujours souffert du ventre depuis son opération, des deux côtés. Les douleurs s'irradient dans les cuisses ; il y a deux mois, elles ont obligé la malade à cesser de travailler. Douleur en allant à la selle. Constipation.

N'a jamais eu de pertes d'aucune sorte depuis son opération. La cicatrice est solide et mesure 7 centimètres.

Au toucher : la région des pédicules n'est pas douloureuse, l'utérus est mobile, en position normale, bien fixé. Cette femme est très nerveuse, elle dit avoir un caractère difficile et très emporté depuis son opération.

Obs. 63. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage.— Guérison.* — Philomène V..., 35 ans, blanchisseuse, entrée le 7 septembre 1894 à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents — Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, mariée à 29 ans, elle n'a eu aucun accouchement ni aucune fausse couche. Elle souffre dans l'abdomen depuis son mariage, surtout pendant les règles. Elle est souvent obligée de garder le lit. Depuis 4 mois, la malade ne peut presque plus marcher, tant sont vives les douleurs; pertes blanches assez abondantes. Hémorrhagies. Examen : Toucher très douloureux, utérus gros, rétrofléchi, cul-de-sac gauche empâté ; annexes volumineuses et adhérentes. Empâtement du cul-de-sac postérieur. Cul-de-sac droit : Les annexes ont le volume d'un citron, sont douloureuses et adhérentes et font corps avec l'utérus qui est comme enclavé et très peu mobile.

Laparotomie le 18 septembre 1894.— Trompe gauche très adhérente, du volume du pouce, pleine de liquide louche, ovaire volumineux, kystique. Un des kystes atteint le volume d'une noix; à droite: les annexes encore plus volumineuses et présentant des lésions semblables sont très adhérentes et péniblement décollées de l'utérus ; pédiculisation et ablation des annexes. Adhérences intestinales à toute la face postérieure et au fond de l'utérus. Cautérisation au thermocautère des surfaces d'adhérences.

Suites opératoires. — Guérison sans aucun incident. — Cicatrice de 8 centimètres.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. Douleur dans la région iliaque du côté gauche. Règles assez abondantes durant 10 à 12 jours, et apparaissant chaque mois; pertes blanches dans l'intervalle. Néanmoins l'état général est suffisamment bon pour que la malade puisse aller et venir, et se livrer à ses occupations. La cicatrice mesure 10 centimètres, elle

est un peu élargie superficiellement, mais solide. La malade n'a pas cessé de porter sa ceinture.

Au toucher : on trouve l'utérus gros, en rétroversion. Le pédicule gauche est un peu gros et douloureux.

Obs. 64. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Guérison.* — Jeanne M..., 21 ans, couturière, entrée le 14 septembre 1894 à Laënnec. Réglée à 14 ans, irrégulièrement ; les règles sont abondantes, non douloureuses, fréquentes (2 fois par mois) d'où affaiblissement et anémie consécutive. Un accouchement en 1892 ; elle se lève au 6e jour et se trouve obligée de s'aliter de nouveau à cause des douleurs intenses qu'elle éprouve ; elle garde le lit pendant trois mois. Les règles deviennent normales. En juin 1894, pertes blanches abondantes durant 3 semaines, coïncidant avec une blennorrhagie survenue chez son mari. En septembre, apparaît, en dehors de l'époque menstruelle, une hémorrhagie avec caillots, que la malade arrête au moyen d'une injection froide. Le soir même, elle est prise de douleurs atroces, paroxystiques, survenant par crises, les douleurs s'irradient dans la région inguinale droite. En même temps la malade a de la fièvre. Au bout de 2 jours, elle entre à l'hôpital où les douleurs s'atténuent ; miction normale. *Examen.* Toucher : utérus mobile, mais les mouvements communiqués sont douloureux. Hystérométrie 7 cm. 1/2. Cul-de-sac postérieur : tumeur assez volumineuse, très douloureuse, se continuant dans le cul-de-sac latéral droit ; cul-de-sac gauche : annexes prolabées dans le cul-de-sac postérieur et paraissant augmentées de volume.

Laparotomie le 19 septembre 1894. — La trompe droite, très volumineuse, repliée dans le Douglas, présente de légères adhérences à l'intestin, et se rompt pendant la libération : issue du pus, mais le péritoine est protégé. Elle contient environ 10 grammes de pus blanchâtre ; l'ovaire est scléro-kystique. La trompe gauche, peu augmentée de volume, rouge, ecchymotique, contient du pus ; le pavillon est perméable ; gros ovaire kystique. Ablation des annexes.

Examen bactériologique du pus. — Gonocoques.

Suites opératoires. — Normales, pas de température. Guérison.

Résultats éloignés. — La malade a été revue plusieurs fois depuis son opération.— 6 septembre 1895. Très bon état général. Aucune perte. Aucune douleur. La cicatrice cutanée mesure 8 centimètres, elle est large d'un centimètre. La cicatrice profonde est résistante.

Obs. 65. — *Rétroversion et flexion irréductibles. — Laparotomie.— Ablation des ovaires kystiques. — Hystéropexie abdominale. — Guérison.* — Ernestine L..., 19 ans, domestique, entrée le 7 septembre 1894 à Laënnec. Règles très irrégulières, pertes blanches peu abondantes ; a commencé à souffrir au mois de mars 1894. Elle se plaint de douleurs sourdes dans tout le ventre et de douleurs vives dans le côté gauche. Examen sous chloroforme : utérus en forte rétroflexion et très adhérent. Rien d'appréciable dans les culs-de-sac.

Laparotomie le 19 septembre 1894. — L'utérus présente peu d'adhérences et se laisse facilement réduire. Ovaires tout petits et tout à fait scléreux. Pas de lésions des trompes. Ablation des annexes des deux côtés. Hystéropexie abdominale avec un fil de soie. Pas de drainage.

Suites opératoires. — Normales. Guérison.

Résultats éloignés. — 15 novembre 1894. Cicatrice un peu élargie superficiellement, mais solide. La malade n'éprouve aucune douleur et n'a aucune espèce de pertes. Elle se plaint seulement de bouffées de chaleur. — 7 décembre 1894, même état. — Janvier 1896. Cicatrice très solide et peu visible. Quelques très légères pertes blanches. Maux de tête et bouffées de chaleur. Miction et défécation normales.

La malade porte sa ceinture constamment. Elle peut marcher et travailler sans peine. Au toucher : culs-de-sac souples, indolents. Utérus bien fixé.

Obs. 66. — *Rétroversion utérine et ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Ablation unilatérale des annexes. — Hystéropexie abdominale. — Guérison.* — Blanche C..., 18 ans, domestique, entrée le 15 septembre 1894 à Laënnec. Réglée à 11 ans. Tous les 15 jours ou trois semaines, pertes abondantes et non douloureuses, jamais d'accouchement ni de fausse couche. Il y a un an, pertes blanches abondantes, tachant la chemise ; douleurs en urinant. Depuis cette époque, les pertes blanches continuent, la menstruation n'a subi aucun trouble. Le 25 août, surviennent brusquement des douleurs abdominales, localisées dans les régions iliaques et s'irradiant dans les cuisses ; elle a de la fièvre et est obligée de s'aliter. Etat actuel : La douleur est surtout vive dans la région iliaque droite. La marche est très douloureuse ; pertes blanches, pas d'hémorrhagies, pas de troubles de la miction, pas de fièvre. Toucher : utérus en position normale, mobilité douloureuse. Cul-de-sac latéral droit : Trompe du volume du petit doigt, prolabée et flexueuse. Mêmes signes à gauche, trompe moins volumineuse.

Laparotomie le 21 septembre 1894. — Utérus en rétroversion. Côté droit : trompe saine, ovaire gros comme une orange contenant un gros kyste. Ablation. A gauche : Ovaire scléro-kystique, ponction des kystes

et cautérisation. Les annexes de ce côté sont laissées. Hystéropexie avec un fil de soie.

Suites opératoires. — Régulières. Le 21e jour la malade se lève; quelques jours après, elle souffre dans les côtés de l'abdomen sans que ni le toucher, ni la palpation permettent de sentir quelque chose. Elle vomit aussi à peu près constamment et ne peut conserver aucun aliment Elle passe dans un service de médecine où ses vomissements sont arrêtés par suggestion. — Malade non retrouvée.

Obs. 67. — *Salpingite double suppurée. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Guérison.* — Berthe T..., 26 ans, blanchisseuse, entrée le 15 septembre 1894 à Laënnec. Réglée depuis l'âge de 20 ans; les règles douloureuses durent trois jours, et parfois elle a des hémorrhagies pendant 15 jours. Leucorrhée abondante entre les règles. Pas d'accouchement ni de fausse couche. Depuis 2 ans, les règles sont devenues encore plus douloureuses, elle est souvent obligée de s'aliter. Il y a 8 jours, elle a eu des douleurs extrêmement vives au moment de la période menstruelle; les pertes de sang persistent depuis ce temps. Céphalalgie très vive, vomissements. Etat actuel : La palpation abdominale est très douloureuse. Toucher : Col entr'ouvert, volumineux. Cul-de-sac droit : Masse annexielle volumineuse, très douloureuse, non mobile, empâtement. Mêmes lésions à droite, mais moins volumineuses.

Laparotomie le 22 septembre 1894. — La trompe droite contient près d'un verre à bordeaux de pus. Elle est péniblement détachée de la face postérieure de l'utérus auquel elle est adhérente. Ablation. La trompe gauche est peu adhérente et contient du liquide louche. Suture. Pas de drainage.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie complètement le 10 octobre.

Malade non retrouvée.

Obs. 68. — *Ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Louise R..., 26 ans, blanchisseuse, entrée le 8 avril 1894 à Laënnec. Règles irrégulières depuis l'âge de 18 ans. Depuis cette époque, pertes blanches épaisses, de couleur jaune verdâtre, tachant la chemise. Elle souffrait beaucoup en urinant. Pas d'accouchement ni de fausse couche. Les douleurs abdominales ont débuté il y a 4 ans, surtout marquées à gauche et au moment des règles. Elles ont augmenté surtout depuis 2 ans et s'accompagnent de pertes blanches continuelles et abondantes. Une hémorrhagie il y a 4 mois à la suite d'un traumatisme. Etat actuel : Les douleurs sont les mêmes; pertes

blanches. Miction cuisante. Toucher : Utérus en rétroflexion. Annexes prolabées dans les culs-de-sac. Trompe gauche du volume du petit doigt.

Laparotomie le 27 septembre 1894.— Les annexes atrophiées, et très adhérentes sont enlevées. Hystéropexie avec un fil de soie; pas de drainage. Examen des pièces : à gauche, trompe atrophiée, ovaire gros et scléro-kystique. A droite, trompe atrophiée et complètement oblitérée. Ovaire scléreux, moins gros que celui du côté gauche.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort le 24 octobre. Cicatrice parfaite et très résistante ; aucune douleur et aucune perte.

Résultats éloignés. — 16 novembre 1894. Bonne cicatrice. Au toucher, les culs-de-sac sont souples. La malade n'a aucune douleur ni aucune perte, mais elle éprouve des bouffées de chaleur au moment des règles. Cicatrice : 6 cm. 1/2.

En décembre 1895, la malade revient dans le service, elle a des douleurs extrêmement vives dans l'abdomen. La paroi abdominale est extrêmement douloureuse à la palpation ; on sent une sorte de plastron au-dessus du pubis et dans la région iliaque droite. La température oscille entre 38 et 39°. Le ventre se ballonne peu à peu; on constate un certain degré d'ascite. La malade se cachectise ; on diagnostique une péritonite tuberculeuse.

Obs. 69. — *Hématosalpinx double.* — *Laparotomie.* — *Ablation des annexes.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — Julie B..., 38 ans, entrée le 27 septembre 1894 à Laënnec. Règles régulières depuis l'âge de 18 ans, mais extrêmement douloureuses. La douleur siégeait du côté droit. Mariée à 19 ans. — 3 accouchements normaux.

Le 18 août 1894, hémorrhagie survenant subitement entre 2 époques menstruelles, accompagnée d'une douleur considérable à droite, irradiant dans les lombes et la cuisse du même côté, revenant par crises. En même temps miction cuisante ; cet état persiste jusqu'au 26, date de son entrée à l'hôpital. Les douleurs et les pertes diminuent. A la palpation abdominale, on sent une tumeur très volumineuse et douloureuse siégeant dans le petit bassin et remontant à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. Au toucher : on sent dans le cul-de-sac droit cette tumeur faisant corps avec l'utérus. Elle se prolonge dans le Douglas. On sent également une masse annexielle douloureuse dans le cul-de-sac latéral droit. Hystérométrie : 8 centimètres.

Laparotomie le 17 octobre. — Epiploon épaissi. Au-dessous de lui, poche volumineuse, très adhérente à l'intestin, et qui se rompt en laissant échapper du sang noir et coagulé. Elle est constituée par la trompe gauche. Libération et pédiculisation extrêmement laborieuses ; ablation des annexes droites. La trompe de ce côté est distendue et contient du

sang coagulé et noir. Hystéropexie. Suture au fil d'argent, sans drainage.

Suites opératoires. — Régulières. La malade sort guérie le 11 novembre, n'ayant aucune douleur ni aucune perte.

Résultats éloignés. — 1er février 1896. Aucune douleur depuis l'opération. Elle a ses règles bien régulièrement le 23 de chaque mois. A ce moment, elle est incommodée par quelques bouffées de chaleur. Elle n'a aucune perte blanche. La cicatrice est de 13 centimètres, parfaitement solide. La malade porte toujours sa ceinture. Le toucher n'est pas douloureux : les culs-de-sac sont souples, on ne sent pas les pédicules.

L'utérus est bien fixé par l'hystéropexie, un peu dévié à droite. La malade se livre sans difficulté à un travail extrêmement pénible : voiturage des légumes pour les Halles.

Obs. 70. — *Salpingite catarrhale double et ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Clémentine R..., 21 ans, domestique, entrée le 24 septembre 1894 à Laënnec. Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans 1/2. Début de la maladie 15 avril 1894; éprouve froid au moment des règles. Douleurs très vives dans les régions iliaques. Marche impossible. Ces douleurs surviennent par crises. Fièvre et délire pendant 3 jours ; pertes blanches. Après un séjour à la Pitié, elle entre à Laënnec ; les crises douloureuses se calment. Elle a une perte rouge pendant une 1/2 journée le 11 octobre. La malade n'a plus de fièvre. Au toucher : on sent les annexes indurées dans le cul-de-sac gauche. Elles sont un peu plus volumineuses à droite.

Laparotomie le 17 octobre 1894. — Ablation facile des annexes ; les ovaires sont gros et scléro-kystiques, les trompes congestionnées ; celle de droite est annelée et un peu distendue.

Suture au fil d'argent sans drainage.

Suites opératoires. — Régulières. La malade sort guérie le 11 novembre 1894. Revue le 27 novembre. Cicatrice solide. Aucune perte, aucune douleur.

Malade non retrouvée depuis.

Obs. 71. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Hystéropexie. — Guérison.* — Anaïs L..., 18 ans, employée, entrée à Laënnec le 23 octobre 1896. Bien réglée depuis l'âge de 16 ans ; a toujours eu des pertes blanches, fausse couche de 4 mois le 7 août 1894, sans accidents immédiats. Le 15 octobre, troubles gastropéritonéaux survenant brusquement : nausées, vomissements, diarrhée ; en même temps retour anormal des règles. La malade éprouve, en outre, des douleurs dans le bas-ventre et la région

lombaire, avec irradiations aux cuisses survenant par crises, et l'obligeant à garder le lit. Depuis lors, pertes blanches tachant le linge en jaune. Elle n'a jamais souffert en urinant. Elle entre à l'hôpital ; les phénomènes morbides s'amendent avec le repos. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac gauche, une tumeur du volume d'une noix; à droite, une tumeur bien plus petite que de l'autre côté.

Laparotomie le 10 novembre 1894. — A droite, trompe repliée en arrière, volumineuse et très adhérente à l'intestin. A gauche, les annexes présentent des adhérences très intimes avec l'S iliaque. L'ovaire contient un kyste du volume d'une noix, rempli de substance colloïde ; la trompe, repliée en arrière, est difficilement détachée de l'utérus. Ablation des annexes. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Régulières. Pas de température. La malade sort guérie le 10 décembre 1894.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade est actuellement en excellente santé. Elle n'a aucune douleur, n'a jamais eu de pertes rouges depuis son opération. Quelques légères pertes blanches. Elle éprouve des bouffées de chaleur à la suite d'un travail fatigant, mais cependant elle a repris sans peine son métier (employée de commerce, toujours debout). La cicatrice est solide, mesure 6 centimètres, élargie superficiellement (1 cm. 1/2). La malade a toujours porté sa ceinture.

Obs. 72. — *Hématosalpinx droit.* — *Laparotomie.* — *Ablation des annexes droites.* — *Guérison.* — Mathilde S..., 26 ans, entrée le 3 novembre 1894 à Laënnec. Fausse couche de 4 mois, sans accidents, il y a 4 ans. Pertes rouges dans l'intervalle des règles, au mois de novembre dernier. Il y a 3 semaines, douleurs dans le bas-ventre.

Toucher vaginal. — On trouve dans le cul-de-sac droit une tumeur du volume d'une orange, de consistance molle, elle semble s'insérer sur la corne utérine.

Laparotomie le 10 novembre 1894. — Côté droit. Adhérences intestinales; la partie interne de la trompe est noueuse, très dure ; la partie externe, repliée en arrière, se continue avec une grosse poche hématique. Libération de la poche très pénible. Ablation. A gauche, on se contente de libérer quelques adhérences de l'ovaire qui est scléreux ; la trompe n'est pas oblitérée, les annexes de ce côté sont laissées en place. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Régulières. Température : 38°2 le 2e jour. Guérison.

Résultats éloignés. — La malade est revue quelques mois après, elle n'éprouve aucune douleur. La cicatrice est solide.

Obs. 73. — *Laparotomie secondaire pour adhérences utérines et vésicales douloureuses. — Guérison.* — Angèle S..., 20 ans, entrée le 14 décembre 1894 à Laënnec (voir l'observation 52). — Malade ayant subi l'ablation des annexes pour salpingite purulente double le 5 juin 1894. Elle a des douleurs abdominales, surtout marquées à gauche, depuis le mois d'août. Ces douleurs sont lancinantes et reviennent par crises durant 2 ou 3 heures. Elles augmentent après une injection intra-utérine au chlorure de zinc à 1 pour 100 qu'on lui fait à l'hôpital. La miction est fréquente, douloureuse et précédée d'un besoin impérieux d'uriner. La malade urine plusieurs fois pendant la nuit. Au toucher : l'utérus est en bonne position et non douloureux. Le cul-de-sac droit est souple. Dans le gauche, on sent une petite tumeur arrondie, du volume d'une mandarine et très douloureuse. Cette tumeur paraît adhérente à la partie supérieure et externe de l'utérus.

Laparotomie le 19 novembre. — Adhérences d'une anse d'intestin grêle, de l'S iliaque et de la vessie à la région du pédicule ; les adhérences sont fort difficiles à libérer ; à leur niveau la paroi vésicale présente un épaississement énorme. Il n'y a rien d'autre : ce sont les épaississements qui constituaient la tumeur révélée par l'examen. Libération des adhérences, cautérisation des surfaces saignantes. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Un petit abcès dans la paroi qui guérit en quelques jours (T. = 38° pendant une dizaine de jours). La malade sort tout à fait guérie. Miction normale, non douloureuse. Cicatrice solide.

Résultats éloignés. — Mars 1895. Etat satisfaisant. La guérison persiste, pas de douleurs. — 20 décembre 1895. La malade revient à l'hôpital. Elle se plaint de légères douleurs dans le côté droit du ventre. Au toucher : on trouve, dans le cul-de-sac droit, une série de nodosités grosses comme le pouce. La cicatrice paraît peu solide. Pas de pertes. Très bon état général ; quelques bouffées de chaleur.

Obs. 74. — *Pyosalpinx droit, salpingite catarrhale gauche. — Drainage à la gaze iodoformée. — Guérison.* — Marguerite B..., 26 ans, couturière, entrée à Laënnec en novembre 1894.

Laparotomie le 26 novembre. — Après ouverture de l'abdomen, on aperçoit une tumeur très adhérente à l'utérus et à la vessie. Pendant la destruction des adhérences, soit avec le bistouri, soit avec le doigt, une grande poche purulente formée par la trompe gauche se crève. De ce côté le ligament large est épais, très vascularisé et se déchire facilement. Les annexes gauches sont enlevées ; 4 fils sur le pédicule. A droite, les annexes sont également très adhérentes mais se détachent cependant plus

facilement qu'à gauche, la trompe est très épaissie et l'ovaire sclérosé. Ablation. Cautérisation au thermo-cautère des surfaces d'adhérences qui saignent. Suture après tamponnement à la gaze iodoformée, du cul-de-sac rétro-utérin.

Résultats éloignés. — La malade est morte en mars 1895 de tuberculose. Il paraît que, depuis son opération, elle ne souffrait plus du ventre et n'avait aucune perte.

Obs. 75.— *Salpingite parenchymateuse double. — Ovaires sclèro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Marguerite M..., 25 ans, entrée le 8 novembre 1894 à Laënnec. Bien réglée, mais règles douloureuses. Fausse couche à 19 ans 1/2 suivie de métrite, avec douleurs abdominales pendant 2 ou 3 mois. Depuis, 2 accouchements. Les douleurs augmentent, elles siègent des deux côtés du ventre, surtout à gauche, avec irradiations dans les lombes et les cuisses. Pertes blanches. Actuellement les pertes ont disparu Il reste quelques douleurs à droite. Les mictions ne sont pas douloureuses, mais fréquentes et impérieuses. Le toucher révèle peu de chose : une petite tumeur à gauche. L'utérus est en position normale.

Laparotomie le 26 novembre. — Incision abdominale de 6 centimètres. Les annexes sont facilement enlevées. Trompes parenchymateuses Ovaires scléro-kystiques. Hystéropexie avec un fil de soie.

Suites opératoires. — Régulières. Une seule élévation de température à 38° le 5e jour. La malade sort guérie.

Résultats éloignés. — A la suite de son opération, la malade n'a pas cessé d'avoir des pertes blanches extrêmement abondantes et des douleurs pelviennes et lombaires intolérables. On lui fait une hystérectomie vaginale le 13 janvier 1896 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Richelot).

Obs. 76. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Mathilde D..., 31 ans, entrée le 24 novembre 1894 à Laënnec. Règles régulières depuis l'âge de 18 ans, mais toujours douloureuses. 2 accouchements normaux, en 1884 et en 1886. L'année suivante, pertes blanches sans caractères bien nets. En 1889, elle est prise, subitement, de violentes douleurs de ventre qui s'atténuent au bout de 8 jours ; en même temps, pertes blanches. Depuis cette époque, les douleurs apparaissent irrégulièrement et se localisent surtout du côté droit. A son entrée à l'hôpital, elle souffre continuellement, surtout à droite, avec irradiations dans les lombes et les cuisses. La marche est pénible. La malade n'a plus de pertes, la miction n'est pas douloureuse. Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac latéral droit

une tumeur, du volume d'une pomme, dure, rénitente. Rien d'anormal dans le cul-de-sac gauche. L'utérus est mobile.

Laparotomie le 29 novembre 1894. — Du côté droit, trompe volumineuse, repliée derrière l'utérus, très adhérente au cul-de-sac de Douglas et à la face postérieure de l'utérus. On est obligé de détacher ces adhérences au bistouri. Libération pénible. Rupture d'un kyste de l'ovaire à contour séreux. Côté gauche, trompe tortueuse, rouge, congestionnée, pavillon non complètement oblitéré. Petit ovaire scléreux. Ablation des annexes des 2 côtés. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort guérie.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. La malade est maintenant en très bonne santé. Elle n'a aucune douleur ni aucune perte. La cicatrice est solide et mesure 7 centimètres. La malade porte sa ceinture. Elle a pris de l'embonpoint depuis son opération. Pas de troubles nerveux autres que quelques bouffées de chaleur insignifiantes.

Obs. 77. — *Laparotomie secondaire. — Ablation d'un morceau d'ovaire du côté droit, resté dans l'abdomen et occasionnant de vives douleurs.* — Voir l'observation n° 50. — Maria C..., 24 ans, entrée le 1er décembre 1894. La malade éprouve des douleurs intenses dans le ventre du côté droit.

Elle a des pertes blanches assez abondantes.

2e Laparotomie le 3 décembre 1894. — La cicatrice est parfaite, épaisse, fibreuse, il n'y a aucune adhérence ni de l'épiploon, ni de l'intestin avec la paroi. L'abdomen a l'aspect absolument normal, aucune adhérence des viscères entre eux. Côté gauche : le moignon est parfaitement sain et recouvert du péritoine dont l'aspect est normal. Il y a seulement, de ce côté, une petite adhérence à l'S iliaque sur une surface atteignant à peine les dimensions d'une lentille. Libération de cette adhérence. Côté droit : un kyste séreux gros comme une noix ; le morceau d'ovaire laissé est devenu kystique et a le volume d'un petit œuf de poule; il est très adhérent à la face postérieure du ligament large. La décortication est péniblement faite ; la tumeur ne bascule qu'après ligature et section du pédicule externe. Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes. La malade sort guérie. Elle n'a pas été retrouvée.

Obs. 78. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Guérison.* — Julie V..., 20 ans, entrée le 25 novembre 1894 à Laënnec.

Laparotomie le 3 décembre. — Côté droit : adhérences filamenteuses

lâches, faciles à détacher ; ovaire scléreux, trompe oblitérée mais non distendue, pédiculisation et ablation. Côté gauche : annexes adhérentes; agrandissement de l'incision ; libération laborieuse, pédiculisation difficile en raison de la rétraction du ligament large ; 4 fils sur le pédicule ; suture sans drainage.

Résultats éloignés. — Revue dans le service en novembre 1895, la malade se porte très bien. Elle n'accuse aucune douleur et n'a vu apparaître aucune perte depuis son opération. La cicatrice mesure 8 centimètres, elle est solide et résistante. Au toucher : cul-de-sac souple non douloureux, utérus en position normale. Pas de troubles nerveux sauf des bouffées de chaleur lorsqu'elle est très fatiguée.

Obs. 79. — *Kyste hématique de l'ovaire gauche. — Salpingite catarrhale droite. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Georgette V..., entrée à Laënnec à la fin d'avril 1895.

Laparotomie le 4 mai 1895. — Côté gauche : grosse masse kystique sans adhérences avec l'intestin grêle, mais très adhérente à la face postérieure du ligament large et à la paroi du rectum. Pendant la décortication, le kyste dont les parois sont très minces se rompt et laisse échapper du liquide séro-hématique. 3 fils sur le pédicule. Cautérisation. Côté droit : trompe peu distendue, mais oblitérée ; ovaire sclérokystique. Pas d'adhérences. 3 fils sur le pédicule. Pas de drainage. Examen des pièces : Le kyste appartient bien à l'ovaire. La trompe contient un liquide hématique; les villosités sont effacées; il n'y a aucune trace de villosités placentaires.

Suites opératoires. — Pas de température. Guérison.

Résultats éloignés. — 22 janvier 1896. La malade est actuellement en très bonne santé. Cependant elle a des métrorrhagies avec caillots, très abondantes depuis son opération. Elle reste à peine 8 ou 10 jours par mois sans perdre. Elle n'a jamais eu, depuis qu'elle est opérée, la moindre douleur dans le ventre ; elle n'a pas de pertes blanches. La cicatrice est de 5 centimètres, très solide. La malade porte toujours sa ceinture. Le toucher ne révèle rien d'anormal, les culs-de-sac sont souples et indolents. Pas de troubles nerveux, à peine quelques bouffées de chaleur.

Mars 1896. — La malade revient à l'hôpital. Elle a des douleurs très vives dans le flanc droit, occasionnées par un rein flottant.

Obs. 80. — *Salpingite catarrhale double. — Eventration spontanée. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Eugénie L...., 29 ans, entrée à Laënnec le 24 avril 1895.

Antécédents. — Règles régulières, peu abondantes. Mariée à 21 ans; trois accouchements, le dernier plus long et plus pénible que les autres. A la suite de celui-ci, les rapports sexuels deviennent pénibles et provoquent des douleurs avec pertes de sang; ils occasionnent le lendemain, des douleurs dans les lombes et les côtés du ventre. A la suite de la 3e grossesse, les muscles de la paroi abdominale se sont relâchés: éventration. On sent au niveau de la ligne blanche l'épiploon faire hernie. Quand la malade tousse, il y a entre les 2 muscles droits un écartement de 4 doigts. Au toucher, on trouve des masses annexielles douloureuses au fond des deux culs-de-sac. L'utérus est rétrofléchi.

Laparotomie le 10 mai 1895. — Incision du pubis à l'ombilic. Dissection de la peau pour aller trouver le bord interne des muscles droits qui sonts distants d'environ 8 centimètres; l'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic. Les annexes sont légèrement adhérentes; les deux trompes sont rouges, congestionnées, et les 2 ovaires scléro-kystiques. Ablation.

Résection d'une bande de peau, en forme de croissant, de chaque côté de l'incision. Résection du péritoine et de la gaîne des droits jusqu'au niveau du bord interne des muscles droits. Suture en un seul plan.

Suites opératoires. — Bonnes. La malade sort guérie. Cicatrice solide. 31 centimètres, pas de douleur.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. La malade est en très bonne santé, la cicatrice mesure 30 centimètres, elle est solide et ne présente aucun point faible. La malade n'a pas cessé de porter sa ceinture. Elle n'a pas de règles ni de pertes blanches, ni douleur. Elle est très satisfaite de son état.

Obs. 81. — *Salpingite purulente double.* — *Laparotomie.* — *Ablation bilatérale des annexes.* — *Pas de drainage.* — *Guérison.* — Flora P..., 23 ans, couturière, entrée le 22 avril 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Règles régulières, douloureuses. Pas d'accouchement ni de fausse couche. En janvier 1894, vaginite, durée 3 semaines; quelque temps après, douleurs de ventre du côté gauche, pertes blanches.

En octobre, nouvelle vaginite. Accroissement des douleurs à gauche. Entre à l'hôpital le 22 avril. Au toucher: le cul-de-sac gauche est rempli par une masse douloureuse faisant saillie jusque dans le cul-de-sac postérieur. A droite, on sent également les annexes.

Laparotomie le 13 mai 1895. — Trompe gauche repliée derrière l'utérus auquel elle est extrêmement adhérente ainsi qu'à l'S iliaque et au rectum. Ces adhérences sont extrêmement résistantes et elles ne peuvent être détachées qu'après ablation des annexes du côté droit, repliées également derrière l'utérus et gênant les manœuvres. Les adhérences

profondes des annexes gauches au rectum nécessitent la section au bistouri. Ouverture de la trompe. Issue de pus. Mais le péritoine est protégé. Une petite portion de la trompe est laissée au niveau du rectum. Cautérisation de cette petite surface et des pédicules. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Le 14, T. = 38°2, P. = 105. Le 15, T. = 38°2, P. = 100. La température tombe le 16. Sort guérie, ne souffre plus ; cicatrice 9 centimètres, solide.

Résultats éloignés. — 6 janvier 1896. La malade éprouve quelques légères douleurs à gauche. Le 13 novembre dernier, apparition d'un très léger écoulement sanguin. Le 13 décembre. Pertes de sang pendant quelques jours accompagnées de quelques douleurs du côté gauche. Quelques pertes blanches depuis deux mois. Au toucher : légère douleur du côté du pédicule gauche. Culs-de-sac souples. Utérus normal. Non douloureux. Pas de troubles nerveux.

Obs. 82. — *Salpingite catarrhale. — Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes.* — Sylvie B..., 32 ans, employée, entrée le 4 mars 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée régulièrement jusqu'à il y a 6 ans, époque à laquelle elle a eu des rhumatismes. Les règles disparaissent à ce moment pendant 6 mois. Un an après, elles manquent pendant 5 mois. En 1894, elles font défaut encore pendant 2 mois. Vers le mois de juillet, pertes blanches peu abondantes. Au mois d'octobre apparaissent des douleurs dans le ventre. Vomissements. Inappétence. Miction douloureuse. La malade se soigne chez elle par des injections antiseptiques.

Au mois de décembre, M. Delbet diagnostique une métrite avec salpingite droite légère. Les règles disparaissent de janvier à avril. Curettage le 8 mars. Les douleurs persistent actuellement. Abondantes pertes blanches.

Laparotomie le 17 mai 1895. — Ablation facile des annexes ; trompes rouges, congestionnées, pavillons oblitérés ; adhérences celluleuses lâches. Suture totale, sans drainage.

Suites opératoires. — Le 18 mai, T. = 38°2. La température est normale jusqu'au 28 où elle monte à 38°2, le lendemain à 39. Un fil suppure ; on fait sortir la totalité du pus qui produit un peu de décollement de la cicatrice et on panse après injection de teinture d'iode. Au bout de 3 jours, guérison; ablation des fils le 3 juin. La malade sort guérie le 14, elle ne souffre plus ; la cicatrice est solide et mesure 10 centimètres.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. La malade est très satisfaite de son état et se trouve en très bonne santé. Elle éprouve cependant quel-

quefois, lorsqu'elle a fait une longue marche, quelques douleurs dans le ventre du côté gauche et dans les reins. Elle a aussi des bouffées de chaleur. La cicatrice très solide ne mesure que 5 centimètres. Au toucher, utérus en bonne position, culs-de-sac souples et indolents.

Obs. 83. — *Salpingite purulente gauche. — Catarrhale à droite. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage à la gaze iodoformée. — Guérison.* — Charlotte B..., 27 ans, lingère, entrée à Laënnec le 17 mai 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Premier accouchement normal à 19 ans. Fausse couche de 5 mois 1/2 à 20 ans, suivie d'accidents de pelvi-péritonite ; pertes de sang répétées ; les règles deviennent irrégulières ; aménorrhée.

A 24 ans, curettage. En décembre 1894, elle entre à l'hôpital Broussais, service de M. Campenon, où elle est opérée d'une hématocèle. 3 mois après sa sortie de l'hôpital elle est prise de règles abondantes durant 17 jours. Douleurs abdominales très vives qui la décident à entrer à l'hôpital. Toucher : col normal, utérus immobile, un peu douloureux. Cul-de-sac gauche : grosse masse douloureuse ; à droite, on perçoit une petite masse annexielle.

Laparotomie le 20 mai 1895. — Adhérences de l'épiploon avec les organes du petit bassin, faciles à détacher. Côté gauche : grosse masse repliée derrière l'utérus et présentant avec le Douglas des adhérences extrêmement dures, qu'il faut sectionner au ciseau ; adhérences avec l'intestin. Kystes séreux ; rupture de la poche dont la paroi est très mince ; issue de pus.

A droite, quelques adhérences légères ; ces adhérences saignent et il est impossible d'arrêter l'hémorrhagie par la cautérisation au thermocautère : drainage à la gaze iodoformée. L'ensemble de la masse, du côté gauche, est du volume du poing, elle est formée de kystes séreux et de poches purulentes.

Suites opératoires. — T. = 38° à 38°5 pendant les 3 premiers jours ; le 31 mai nouvelle élévation de température, puis température normale. Guérison ; sort le 15 juin.

Résultats éloignés. — 21 décembre 1895. N'a eu aucune perte depuis son opération jusqu'à il y a 8 jours. Elle a, depuis cette époque, quelques légères pertes blanches, pas de pertes rouges ; cicatrice solide, 8 centimètres. Toucher : culs-de-sac souples, non douloureux ; utérus mobile, en bonne position. Elle se plaint d'avoir quelques bouffées de chaleur et des maux de tête ; elle a remarqué un changement notable dans son caractère qui est devenu plus irascible.

Obs. 84. — *Salpingite catarrhale double et ovaires kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Adrienne L..., 38 ans, couturière, entrée le 15 mai 1895.

Laparotomie le 24 mai 1895. — Côté droit : adhérences avec une anse d'intestin grêle, assez lâches et peu résistantes. L'ovaire contient un kyste de la grosseur d'une petite pomme, qui se rompt à la première tentative de libération et laisse échapper un liquide séreux. Adhérences molles, faciles à libérer.

Du côté gauche, les annexes sont facilement distendues et enlevées. Hystéropexie avec un fil de soie.

Les deux trompes sont épaisses, rouges, congestionnées. L'ovaire gauche contient un kyste hématique du volume d'une grosse noisette qui s'est en partie énucléé. Ovaire droit scléro-kystique.

Suites opératoires. — Bonnes. Pas de température.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. La malade est en très bonne santé, elle peut se livrer, comme auparavant, à tous les soins du ménage Elle a beaucoup engraissé. Depuis son opération elle n'a ressenti aucune douleur dans le ventre et n'a eu aucune espèce de pertes. La cicatrice est solide et mesure 8 centimètres. La malade porte d'ailleurs toujours sa ceinture. Elle n'éprouve que des bouffées de chaleur, peu gênantes, qui surviennent, dit-elle, vingt fois par jour.

Obs. 85. — *Salpingite suppurée double. — Laparotomie. — Ablation des annexes sans drainage. — Hystéropexie. — Guérison.* — Angélina F..., 23 ans, domestique, entrée le 18 mai 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée très irrégulièrement. A 18 ans, accouchement très laborieux d'un enfant à terme, qui meurt au bout de 6 jours. A la suite de cet accouchement, elle a de l'infection puerpérale et reste un mois couchée. Retour de couches au bout de 10 mois (elle nourrissait son enfant); les règles sont espacées de 1 à 2 et jusqu'à 6 mois. Elle souffre dans le ventre, du côté gauche, depuis son accouchement. Les douleurs atteignent bientôt le côté droit. Elle est soignée à Cochin pour une métrite. Elle entre à Laënnec au mois de juin. Elle souffre beaucoup des deux côtés du ventre et elle a des pertes blanches abondantes.

Laparotomie le 30 mai 1895. — Côté droit : adhérences intestinales et épiploïques très résistantes qui masquent complètement les annexes. Adhérences avec un appendice épiploïque de l'S iliaque et en avant avec la vessie, qui est large et étalée. Ces dernières, faciles à détacher. Ablation. Ligament large épais et congestionné.

Du côté gauche : la trompe remonte presqu'au-dessus du détroit

supérieur dans le grand bassin. Peu d'adhérences. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes. Elévation de température le 2e et le 3e jour à 38°2 et 38°4, le 5e à 38°. Bronchite. Sort guérie le 29 juin 1895.

Résultats éloignés. — Décembre 1895. La malade ne souffre plus, elle n'a aucune espèce de pertes. La cicatrice, très solide, mesure 8 centimètres. La malade porte sa ceinture, elle peut se livrer sans fatigue à ses occupations. Au toucher : culs-de-sac souples. L'utérus est bien fixé.

Obs. 86. — *Kyste hématique de l'ovaire. — Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Mort par septicémie.* — Jeanne G..., 40 ans, entrée à Laënnec le 28 mars 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement. Accouchement en 1892, suivi d'accidents puerpéraux pendant deux mois. La malade reprend ses occupations, malgré quelques douleurs dans le ventre. 18 mois après, souffrant beaucoup plus, elle entre à la Charité où elle est soignée pour une métrite. Malgré cela, elle continue à souffrir et à avoir des pertes blanches. Règles tous les 15 jours. Au mois de septembre 1894, elle est obligée de garder le lit et elle entre à l'hôpital en mars 1895.

Laparotomie le 28 mai 1895.— La masse qu'on sentait au toucher dans le cul-de-sac postérieur est formée par un kyste hématique de l'ovaire du volume d'un œuf de poule. Adhérences d'une résistance extrême au cul-de-sac postérieur et à la face postérieure de l'utérus. Libération lente et très laborieuse; rupture du kyste, issue de sang altéré. On soulève l'utérus avec une pince de Museux pour mieux aborder le cul-de-sac de Douglas et sectionner les adhérences au bistouri. Côté droit. Pas d'adhérences, mais le ligament utéro-ovarien est si rétracté et épaissi qu'il faut faire, sur lui, une ligature spéciale pour enlever tout l'ovaire. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture totale sans drainage.

Examen des pièces. — A gauche, trompe épaissie, oblitérée, remplie de végétations sans liquide ; ovaire kystique contenant le kyste décrit plus haut. A droite, mêmes lésions, trompe également oblitérée, ovaire scléreux atrophié.

Suites opératoires. — La température est le soir à 39°; le lendemain à 39°5 ; le pouls est filiforme. La malade meurt le lendemain 30 juin, avec une température de 40°2. Autopsie non faite.

Obs. 87. — *Salpingite double, purulente à gauche. — Laparotomie. — Ablation bilatérale. — Drainage avec mèche. — Hystéropexie. — Guérison.* — Amélia S..., 20 ans, domestique.

Antécédents. — Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans. — Le 17 mai 1895, les règles apparaissent, mais très abondantes, et la malade continue à perdre jusqu'à son opération. Entre le 4 juin 1895 à l'hôpital Laënnec. *Examen.* Toucher : col légèrement dévié à droite, entr'ouvert, assez dur.

Corps,non douloureux,remonte à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse. Cul-de-sac gauche effacé et douloureux ; on y sent une masse faisant saillie.

Opération le 10 juin. — Laparotomie. — Adhérences épiploïques masquant le petit bassin. A droite, trompe maintenue très haut par des adhérences; pavillon oblitéré. A gauche, libération difficile de la trompe adhérente à l'S iliaque. On ouvre une poche contenant un pus verdâtre. Pédiculisation difficile du ligament large très épaissi. Surface saignante en arrière. Drainage avec mèche de gaze iodoformée. — Suture en un seul plan. Hystéropexie.

Suites immédiates.— Le lendemain 38°2 m. 39° s., puis tout rentre dans l'ordre et la malade sort guérie le 11 juillet. — Cicatrice solide (9 centimètres). Malade non retrouvée.

Obs. 88. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage. — Mort le lendemain.* — Juisine B..., 23 ans, cuisinière, entrée à Laënnec le 20 mai 1895.

Antécédents.— Règles régulières, mais peu abondantes. Mariée en février 1895. Il y a 2 mois, à la suite d'une chute dans un escalier, forte contusion de la région lombaire et douleur sourde, d'abord dans la région iliaque droite. Cette douleur s'exaspère et la malade s'alite pendant 2 jours; 15 jours après, elle est obligée de se mettre de nouveau au lit, vomissements verdâtres et fréquents pendant 5 jours. Aucun aliment ne peut être toléré. Elle entre à l'hôpital le 20 mars, pour péritonite dans le service de M. Merklen. Les vomissements cessent, mais une constipation complète s'établit ; la malade ne rend ni gaz, ni matières. La région cœcale est empâtée et douloureuse, le toucher vaginal ne donne rien. On diagnostique une typhlite avec appendicite probable. La température vaginale oscille entre 37°2 et 38°4. Le 31 mai, elle passe dans le service de M. Delbet ; calomel pendant 4 jours sans résultat ; tout d'un coup, il se produit une débâcle intestinale. L'état général s'améliore. La température redevient normale. Un point douloureux persiste dans la région iliaque droite ; au palper on sent une masse douloureuse du volume d'une mandarine. Au toucher vaginal, le col utérin est reporté à gauche. Tuméfaction dans le cul-de-sac droit et postérieur. Corps utérin normal. Un peu de latéroversion.

Laparotomie le 19 juin.— Côté gauche : masse énorme et très adhérente.

Une ponction aspiratrice ramène 30 à 40 grammes de pus. Pendant la libération, qui est extrêmement laborieuse, plusieurs poches se rompent donnant issue à du pus. Par l'orifice externe de la trompe que la libération a ouvert, il coule du pus en abondance. Côté droit : La trompe qui a, au moins, le volume de l'intestin grêle, est encore plus adhérente que du côté opposé. Libération très difficile. Cependant, la poche ne se rompt pas ; 3 fils sur le pédicule. Il reste des surfaces d'adhérences qui ont l'aspect de fongosités tuberculeuses et qui saignent abondamment. 3 mèches de gaze iodoformée. La trompe droite contient également du pus.

Mort le lendemain de l'opération.

Obs. 89. — *Ovaires scléro-kystiques. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Vve Anna D..., 27 ans, domestique, entrée à Laënnec le 6 juin 1895.

Antécédents. — Réglée à 17 ans, irrégulièrement. Accouchement pénible à 20 ans (56 heures en travail). Se lève au bout de 3 semaines. Depuis, souffre du ventre, surtout à gauche. Pertes blanches abondantes. Les règles ne reviennent qu'au bout d'un an. Soignée d'abord à la consultation de St-Louis, puis à Beaujon en 1893, où on lui fait un curettage. A la suite de cette intervention, mieux sensible. Pas de douleurs pendant 3 mois. Mais on constate des lésions à droite, et les douleurs revenant peu après, on l'engage à se faire opérer. Le 6 juin 1895 elle entre dans le service. Col et utérus normaux. Ovaires gros et douloureux. Trompes augmentées de volume.

Laparotomie le 25. — A gauche : Ovaire scléro-kystique gros comme un œuf. Trompe non oblitérée. Pas d'adhérence. A droite : Ovaire *idem*. Trompe repliée, pavillon adhérent. Quelques adhérences lâches. Hystéropexie avec fil de soie. Suture sans drainage. La malade sort guérie. Elle n'a pas été retrouvée.

Obs. 90. — *Salpingite purulente. — Laparotomie. — Ovariotomie et hystérectomie abdominales. — Drainage vaginal. — Guérison.* — Adrienne B..., 23 ans, plumassière, entrée à Laënnec le 11 juin 1895.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, mais déjà pertes blanches. A 22 ans, grossesse normale. Après son accouchement à terme et sans incidents, sauf pertes pendant un mois, souffre du ventre à gauche puis à droite. Semble se rétablir ; mais au bout de six mois, pertes continuelles. Elle garde le lit. A l'Hôtel-Dieu où elle entre ensuite, *curettage*, qui semble suivi de quelques accidents de péritonite. Température, 41°, vomissements, douleurs. Elle souffre davantage après cette intervention.

En juin 1895, elle entre à Laënnec. Palper. Masse volumineuse, si-

mulant un utérus gravide, et remontant à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Toucher : Col normal, mais dévié à droite par une masse volumineuse qui occupe le cul-de-sac gauche, et englobe les annexes qu'on ne différencie pas. Utérus peu mobile. Cul-de-sac antérieur empâté.

Laparotomie le 26 juin. — Adhérences intestinales masquant complètement le petit bassin, et péniblement détachées. Ce que l'on prenait pour l'utérus est en réalité un kyste suppuré inclus dans le ligament gauche. Les annexes du côté opposé sont libérées de leurs adhérences et enlevées.

On ne peut tenter la marsupialisation de la poche qui saigne abondamment et l'hystérectomie s'impose. Drainage à la gaze iodoformée par le vagin. Suture abdominale totale.

Suites opératoires. — 27 juin et suivants. Malade très faible. Température entre 38° et 39°. Pouls un peu rapide. Mais ne souffre pas du ventre. Le 4 juillet. Température, 38°. Eschare au sacrum. — 8 septembre. La malade sort. Eschare complètement guérie. — Etat général très bon. Ne souffre plus. Longueur de la cicatrice, 13 centimètres, solide.

Résultats éloignés. — 14 novembre. Ne souffre plus. Un peu de vaginite produite par un des fils du surjet. A engraissé de 30 livres depuis l'opération.

15 décembre 1895. — La malade se porte très bien, mais elle a toujours des pertes blanches assez abondantes.

Obs. 91. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Aline L..., 21 ans, domestique, entrée le 14 juin 1895.

Antécédents. — Règles toutes les 3 semaines, régulières. A 19 ans, pertes plus abondantes, durent huit jours, fatiguent beaucoup la malade.

Le 14 juin 1895. — Il y a 1 mois, brusquement ses règles s'arrêtent : douleurs abdominales vives . Elle entre à l'hôpital : quelques vomissements. Facies péritonéal. T. = 39°.

Repos et glace sur le ventre calment cette phase aiguë. La température redevient normale : *Palper*, ventre douloureux dans la fosse iliaque droite. *Toucher* : utérus mobile, mais douloureux. Col petit. A droite, cul-de-sac un peu effacé, trompe tuméfiée, ovaire gros et douloureux.

Opération. — 8 juillet. Légères adhérences intestinales à la paroi abdominale à gauche. Dans le petit bassin, adhérences couenneuses, épaisses mais peu résistantes (péritonite récente). Des deux côtés trompes rouges et congestionnées, pavillons perméables. Ablation bilatérale des annexes. Hystéropexie. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes. Pas de température. 7 août, sortie, ne souffre plus. Cicatrice de 10 centimètres. Malade non retrouvée.

Obs. 92. — *Salpingite double catarrhale. — Laparotomie. — Ablation bilatérale. — Drainage dans le cul-de-sac postérieur.* — Anna K..., entrée à Laënnec le 6 juillet.

Antécédents. — Réglée à 16 ans. A 24 ans elle commence à perdre entre ses époques et finit par perdre presque sans interruption. Elle devient cependant enceinte ; grossesse et accouchement normaux, à Baudelocque. Mais ensuite elle continue à perdre, sans douleurs. En 1894 elle commence à souffrir.

Entrée à Baudelocque on la curette (novembre). Les pertes cessent mais 3 mois après nouvelles douleurs puis leucorrhée.

Le jour de l'entrée, mauvais état général. Le soir T. 38°.

La malade est amaigrie. Elle n'a pas vu le mois précédent. Tout l'hypogastre est douloureux, mais surtout dans les fosses iliaques. Toucher : col déchiré. Corps volumineux, immobile. Culs-de-sac latéraux douloureux.

Laparotomie le 12 juillet 1895. — Nombreuses adhérences. Derrière l'utérus, gros kyste séreux au-dessus du petit bassin. L'utérus est en arrière recouvert comme tout le cul-de-sac postérieur de fausses membranes épaisses et verdâtres. A gauche, gros moignon formé par l'ovaire et la trompe fortement adhérent. A droite, ovaire très gros et recouvert de fausses membranes.

Ablation bilatérale. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage à la gaze iodoformée par le vagin. Suture totale de la paroi.

Suites immédiates. — Le lendemain 39°, puis température descend.

Le 4e jour on enlève la mèche de gaze. Sortie le 24 août : ne souffre plus. Cicatrice de 6 centimètres, solide.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade a repris ses occupations comme auparavant. Elle n'éprouve que de très légères douleurs au niveau des pédicules, quand elle a travaillé plus que de coutume. Elle n'a aucune perte. Elle a quelques bouffées de chaleur. La cicatrice est très solide, mesure 5 centimètres. La malade n'a pas cessé de porter sa ceinture. Le toucher n'est pas douloureux.

Obs. 93. — *Salpingite purulente double. — Opération. — Ablation des annexes. — Hystéropexie.* — Joséphine D..., 28 ans, ménagère.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, toujours un peu irrégulièrement.

En 1890, premier accouchement à terme. En février 1895, deuxième accouchement. Suites de couches : pendant quinze jours injections de chlorure de zinc. Entre à l'hôpital Laënnec le 14 mai 1895. Toucher : col

légèrement dévié à gauche. Masse volumineuse dans le cul-de-sac latéral droit, douloureux.

Laparotomie le 30 juillet.—Adhérences nombreuses de l'épiploon avec les organes pelviens.

Ablation bilatérale des annexes.

La trompe droite contient un pus crémeux. Le gauche, moins distendu, contient une sérosité louche. Ovaire gros comme un œuf. Hystéropexie. Sortie le 16 août, ne souffrant plus.

Cicatrice de 7 cm. 1/2, solide. Revue le 4 septembre. Pas de douleurs, mais pertes blanches et mictions douloureuses.

Traitement : bicarbonate de soude. Salol. Injections au chlorure de zinc.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade n'a aucune douleur ni aucune perte. Elle éprouve quelquefois des bouffées de chaleur accompagnées de sueurs, mais elle peut néanmoins se livrer sans fatigue à tous les soins du ménage. Elle n'a pas cessé de porter sa ceinture. La cicatrice est très solide et mesure 5 centimètres. L'utérus est bien fixé.

Obs. 94. — *Salpingite catarrhale double.— Laparotomie.— Ablation bilatérale. — Hystéropexie. — Guérison.* — Joséphine Bl., 23 ans, entrée le 18 juillet 1895.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, régulièrement et toujours sans douleurs. Il y a 18 mois, retard dans les règles, puis métrorrhagies suivies de pertes blanches. Douleurs assez violentes pendant un mois, puis pesanteurs pénibles.

On lui dit, à ce moment, qu'elle a des lésions à droite. En juin 1894, nouvelles pertes. Curettage par M. Pozzi, suivi de phénomènes de péritonite subaiguë. Sangsues, pointes de feu, à droite où elle souffre le plus. L'état ne s'améliore pas, on diagnostique : phlegmon du ligament large.

Après 3 mois de séjour à l'hôpital, elle quitte le service, mais les douleurs, bilatérales maintenant, deviennent de plus en plus vives. Elle entre à Laënnec le 18 juillet. Etat général assez bon ; on trouve : col petit, utérus en légère rétroversion dans le cul-de-sac postérieur ; du côté droit, masse dure et douloureuse (probablement ovaire droit prolabé). Même sensation à gauche. De ce côté, on trouve de plus la trompe douloureuse grosse comme le petit doigt.

Laparotomie le 30 juillet 1895. — Confirme le diagnostic. Les annexes sont fixées dans le cul-de-sac postérieur par des adhérences. Décortication assez pénible. Hémorrhagie relativement abondante. Les deux

ovaires sont scléreux ; la trompe gauche est très épaissie mais non kystique. La droite est perméable. Hystéropexie.

Suites immédiates. — Le 31. La malade va bien, souffre encore un peu. 3 août. Aucune douleur.

29. Sortie de la malade en bon état. Cicatrice solide de 8 centimètres.

Résultats éloignés. — La malade écrit en février 1896. Elle ne souffre plus, sauf du côté gauche où elle éprouve quelques douleurs lancinantes qui apparaissent seulement lorsqu'elle est fatiguée. Elle n'a plus de pertes blanches ni de règles, mais elle éprouve quelques troubles nerveux à l'époque menstruelle : bouffées de chaleur et palpitations. La cicatrice ne présente rien d'anormal. La miction est légèrement douloureuse. Le caractère de la malade est devenu irritable, emporté. Somme toute, la malade est très satisfaite de son état.

Obs. 95. — *Salpingite suppurée double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage vaginal à la gaze iodoformée. — Mort le lendemain.* — Marthe R..., 20 ans, couturière, entrée à Laënnec le 1er août 1895.

Antécédents. — Réglée vers l'âge de 14 ans. Début des douleurs abdominales il y a 2 ans. Leucorrhée. —Elle est obligée de s'aliter et subit un curettage qui ne lui procure aucune amélioration. Il y a 3 semaines, elle entre de nouveau à l'hôpital dans un service de médecine. On l'envoie dans le service de chirurgie le 1er août. Les douleurs sont tellement intenses que la malade peut à peine se tenir debout. Pas de métrorrhagies. Leucorrhée. Au toucher, on trouve dans les deux culs-de-sac latéraux deux masses du volume d'un œuf de poule, se réunissant dans le cul-de-sac postérieur. L'abdomen est tendu et comme fluctuant.

Laparotomie le 5 août 1895.— On trouve, à l'ouverture de l'abdomen, une masse informe, dans laquelle on ne peut rien reconnaître. On finit par voir qu'il existe une couche épaisse d'épiploon infiltré, à peine reconnaissable. Il s'échappe un flot de liquide louche, aussitôt qu'on cherche à détacher les adhérences. Après avoir lié et réséqué une partie de l'épiploon, on aperçoit la trompe gauche, énorme, épaissie et adhérente. Pendant la libération, rupture d'une poche, qui donne issue à du pus, à du sang, et à du liquide louche. Le ligament large est excessivement épaissi, 4 fils sur le pédicule.

Du côté droit, la masse est moins volumineuse mais plus adhérente encore et est extrêmement difficile à libérer. Les poches se crèvent encore.

Le ligament large est très épaissi, 3 fils sur le pédicule.

Les trompes et ovaires enlevés, il reste dans le cul-de-sac postérieur,

sur la face postérieure de l'utérus, d'épaisses couches blanchâtres et très adhérentes qui sont détachées autant que possible.

Ouverture du cul-de-sac postérieur, drainage à la gaze iodoformée. Hystéropexie. Le moignon épiploïque épaissi est adhérent à l'utérus et aux appendices épiploïques de l'S iliaque. On le rabat sur les pédicules. Pièces : Les trompes sont excessivement dilatées et pleines de pus. Mort le lendemain de l'opération à 3 heures 45 du matin.

Autopsie. — Il n'y a pas trace d'hémorrhagie ni de péritonite. Le cœur droit est rempli par un gros caillot blanc, on en trouve également un à l'origine de l'aorte.

Obs. 96. — *Salpingite purulente gauche. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Pas de drainage. — Hystéropexie. — Guérison.* — Amélie B..., 22 ans, modiste, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1895.

Antécédents. — Mariée à 16 ans, 3 accouchements normaux ; à la suite de la 3e couche, pertes blanches. Dix mois après, douleurs dans le côté gauche qui font entrer la malade à l'hôpital. On trouve, au toucher, une masse rénitente, douloureuse, dans le cul-de-sac latéral gauche. Curettage le 26 juin, incision du cul-de-sac, issue de 120 grammes de pus. Drain par lequel on fait des injections pendant 15 jours.

Elle continue cependant à souffrir et se plaint au mois d'août de son côté droit; au toucher : utérus un peu gros; à gauche, masse très dure volumineuse, bombant dans le cul-de-sac postérieur; l'incision est complètement fermée, la trompe est perceptible, elle est encore grosse, bosselée, douloureuse ; du côté droit, tumeur rénitente, du volume d'une mandarine.

Laparotomie le 6 août. — Adhérences épiploïques nombreuses et solides. Les annexes gauches, prolabées dans le Douglas, sont très péniblement enlevées. La trompe est flexueuse, grosse, dilatée par places et remplie d'un liquide séreux. L'ovaire est gros et scléro-kystique. Nulle part, on ne trouve sur l'ovaire ou la trompe, trace de l'incision qu'on a cru y faire en juin dernier.

A droite. — Résection de l'appendice iléo-cœcal, gros, allongé et adhérent intimement à l'ovaire. L'ablation est alors assez facile. La trompe est petite, atrophiée, accolée à l'ovaire dilaté par une collection liquide qu'on trouve être du pus vert, épais, crémeux. La tunique fibreuse est fortement épaissie. Hystéropexie.

Suites opératoires. — Bonnes. Aucune fièvre. Sortie de la malade le 29. Elle ne souffre plus du tout. Cicatrice solide. 7 centimètres.

Résultats éloignés — Le 24 janvier 1896. La malade écrit. Elle souffre légèrement du ventre, du côté gauche. Elle a quelques pertes blanches. Mais pas de règles. Elle a, dit-elle, quelques faiblesses, mais elle

déclare se porter à merveille et être très satisfaite de son opération.

Quelques jours après, elle vient dans le service parce qu'elle crache un peu de sang le matin. (Hémorrhagies se substituant aux règles.) Aucun signe de tuberculose. Ni antécédents tuberculeux.

Elle a quelques bouffées de chaleur qui deviennent de moins en moins fréquentes. La douleur du côté gauche est comparable à de simples picotements.

Au toucher : Noyau au niveau de la corne utérine du côté gauche du volume d'une petite noisette. Utérus bien fixé.

Obs. 97. — *Salpingite catarrhale gauche. — Abcès de l'ovaire. — Laparotomie. — Ablation unilatérale des annexes. — Drainage avec une mèche de gaze. — Guérison.* — Alexide J..., 22 ans, domestique, entrée le 27 juillet 1895, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Un accouchement il y a 2 ans. Suites normales. Deuxième accouchement le 17 juin 1895, à terme. 2 jours après elle est prise de scarlatine grave. Soignée à Aubervilliers. Huit jours après le début de la scarlatine, les lochies ont disparu sans avoir été ni trop abondantes, ni fétides. Elle commence alors à éprouver des douleurs vives dans l'abdomen surtout du côté gauche. N'a jamais souffert à droite. Glace à demeure sur le ventre ; amélioration. Reprise des douleurs depuis quelques jours (27 juillet).

Examen : Utérus normal. Côté droit. Les annexes paraissent saines. Du côté gauche, masse nettement arrondie et fluctuante, du volume d'une orange, douloureuse, bombant dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie le 7 août 1895. — Epiploon adhérent à la vessie, sectionné entre 2 ligatures. Annexes droites paraissent saines, on les laisse en place. Du côté gauche, on trouve dans le Douglas, au milieu d'adhérences nombreuses, l'ovaire et la trompe. Rupture de ces adhérences qui saignent. Cautérisation au thermocautère. Drainage avec une mèche, du cul-de-sac de Douglas. La trompe est légèrement augmentée de volume. Pavillon fermé. L'ovaire du volume d'une grosse noix renferme une collection purulente qui l'occupe presque tout entier. Le pus est épais, vert et crêmeux.

Suites opératoires. — 9 août. On enlève la mèche de gaze iodoformée, on serre un fil d'attente mis au niveau de la poche. 14 août. Le pansement est souillé de pus qui sort par l'orifice de drainage. Le pus est très abondant. Fistule de 7 à 8 centimètres au moins. Température 38° pendant quelques jours. La malade sort avec une fistule. Elle ne souffre plus. Malade non retrouvée.

Obs. 98. — *Salpingite catarrhale droite. — Hydrosalpinx gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Jeanne D..., 32 ans, couturière.

Antécédents. — Toujours en bonne santé jusqu'à 21 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleurs. — A 21 ans, accouchement difficile, pertes abondantes. Se lève le 11e jour. Depuis, leucorrhée, douleurs lombaires et dans le petit bassin. Les règles, douloureuses, forcent la malade à garder le lit. Elles sont plus abondantes et reviennent toutes les 3 semaines. Le traitement médical n'amène aucun soulagement; curettage à l'Hôtel-Dieu en avril. En mai, elle souffre plus que jamais. Cet état persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital (29 juillet). Examen : utérus gros, légère rétroflexion ; col gros, petit fibrome de la lèvre antérieure ; à droite, la trompe paraît normale, on ne sent pas l'ovaire; à gauche, trompe douloureuse augmentée en volume ; ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

Laparotomie le 16 août. — Annexes droites facilement enlevées. Trompe petite, orifice oblitéré, ovaire gros, scléro-kystique.

Annexes gauches : grosse trompe oblitérée, dilatée, contenant un liquide séreux ; ovaire gauche gros et kystique, très adhérent à l'S iliaque surtout. Rupture d'un kyste séreux pendant le décollement des adhérences. L'utérus, volumineux, est fixé à la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Bonnes. Le 28 août la malade ne souffre plus.

Malade non retrouvée.

Obs. 99. — *Salpingite purulente anciennement incisée par le vagin. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage vaginal du Douglas.* — Marie A..., 28 ans, cigarière, entrée le 12 août à Laënnec.

Laparotomie le 19 août 1895. — *Opération* d'une extraordinaire difficulté. Adhérences épiploïques libérées, puis relevées. On voit une masse énorme, emplissant le bassin, qui a tout à fait l'apparence d'un fibrome, mais qui est fluctuante ; en la ponctionnant on en retire du pus. On constate alors que c'est une salpingite du côté droit; cette masse est complètement adhérente à la vessie en avant, au rectum en arrière. Les annexes gauches sont d'abord enlevées, la libération est pénible et la pédiculisation rendue difficile par le refoulement de l'utérus rejeté à gauche par la tumeur du côté droit; 4 fils sur le pédicule gauche. On revient alors à la masse droite et l'on parvient à libérer sa face postérieure, mais il est impossible de libérer la face adhérente au fond du cul-de-sac de Douglas incisé autrefois, et de faire basculer la masse. Après ligature et section du pédicule externe, il est encore impossible de faire basculer les annexes. On vide alors la poche par ponction du pus qu'elle contient, et on peut alors manœuvrer plus

facilement. On est obligé de disséquer au bistouri les adhérences au fond du cul-de-sac de Douglas, et on arrive enfin à pédiculiser la masse. Il reste une déchirure, sans importance, du ligament large à la partie externe. Les adhérences saignant abondamment,on incise le cul-de-sac postérieur pour drainer par le vagin avec une mèche de gaze iodoformée. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires.— La plaie suppure pendant une quinzaine de jours. La malade sort guérie, mais avec une fistule.

Résultats éloignés. — 22 janvier 1896. La malade n'éprouve aucune douleur, elle n'a aucune espèce de pertes. La cicatrice (9 cm.) présente une petite fistule suppurant encore. L'état général est excellent, la malade a repris sans fatigue ses occupations. — Quelques bouffées de chaleur.

Obs. 100. — *Salpingite purulente gauche. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage vaginal. — Guérison.*— Geneviève L..., 56 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 10 août 1895.

Antécédents. — N'a jamais souffert du ventre, pas de leucorrhée. Il y a 10 mois, paraît avoir eu de l'uréthrite : picotements au niveau du méat, souffrait fort peu en urinant, pas de pertes. Soignée par une sage-femme qui lui fait pendant quelques mois des cautérisations intra-utérines et des tamponnements. Enfin elle est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de rétroversion utérine, qui semble confirmé par le toucher.

Laparotomie le 22 août 1895. — L'utérus est tout petit, presque infantile. La masse arrondie qu'on sentait dans le cul-de-sac postérieur est formée par les annexes gauches prolabées et fortemeut adhérentes. Pendant la libération, rupture de la trompe qui laisse sourdre une abondante quantité de pus verdâtre. Ablation de ces annexes. Drainage vaginal du cul-de-sac postérieur qui saigne, avec 2 mèches de gaze iodoformée. Ablation des annexes droites. Suture de la paroi.

Examen des pièces. — La trompe gauche est énorme, du volume des deux pouces, bosselée, remplie de pus ; à la coupe, parois minces. La trompe est divisée en plusieurs loges communiquant ensemble. L'ovaire gauche est tout petit, perdu dans les replis de la trompe.

Suites opératoires. — Une seule élévation de température le 13e jour, à 38°, la jambe gauche est alors le siège d'une phlegmatia alba dolens. La malade quitte le service à la fin d'octobre.

Résultats éloignés. — La malade écrit le 2 février 1896. Pas de pertes rouges, pas de leucorrhée. La cicatrice ne présente rien d'anormal. La malade porte toujours sa ceinture. Pas de bouffées de chaleur.

Elle souffre toujours de sa phlébite.

Obs. 101. — *Ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Castration double. — Hystéropexie. — Guérison.* — P... Marie, ménagère, 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 août 1895. A eu 7 enfants et une fausse couche. Les accouchements ont été tous normaux. Il y a 10 mois, la malade a fait une seconde fausse couche de quatre mois. Deux mois après, perte de sang très abondante qui a duré huit jours et s'est accompagnée de violentes douleurs expultrices. Pendant six semaines, ces douleurs ont persisté avec accompagnement de pertes blanches abondantes. A ce moment, nouvelle perte de sang qui a duré quinze jours. Depuis cette époque, douleurs continuelles dans le bas-ventre, les cuisses, les reins. Enfin il y a 3 semaines, perte très abondante (durée, 15 jours). Augmentation des douleurs que ne calme pas le repos au lit. Examen : Utérus énorme, mais régulier, en rétroversion ; col ouvert, laissant sourdre du muco-pus abondant. Annexes : palpation également douloureuse des deux côtés. Au toucher, on sent les trompes toutes petites, non dilatées. Les ovaires sont à peine sensibles.

Laparotomie le 28 août 1895. — Utérus très gros, mais lisse. On ne sent pas de fibromes. Le fond de l'utérus est recouvert de fausses membranes rosées, molasses. Quelques anses intestinales qui l'avoisinent et lui sont faiblement adhérentes sont recouvertes par les mêmes fausses membranes.

Trompes saines. — Ovaires : petits scléreux. On enlève les deux ovaires et les deux trompes (3 fils en chaîne sur chacun des ligaments larges). L'ovaire gauche à la coupe paraît sain. Le droit au contraire est semé d'une quantité de petits kystes à contenu épais, jaunâtre, presque purulent. Hystéropexie. Suture.

Suites immédiates. — La malade souffre beaucoup.

Piqûre de morphine. Pas de température. Sortie guérie le 17 septembre 1895.

Résultats éloignés. — 27 janvier 1896. La malade a des pertes blanches et souffre dans la région iliaque du côté droit, pas de pertes rouges. La cicatrice est solide et mesure 6 centimètres.

Au toucher : utérus mobile, bien fixé ; pédicule droit légèrement douloureux. La malade a quelques bouffées de chaleur, et remarque que son caractère est devenu plus triste depuis qu'elle a été opérée. Les sensations génitales sont moins vives qu'autrefois.

Obs. 102. — *Hématosalpinx (?) droit. — Salpingite catarrhale à gauche. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Drainage vaginal.* — Charlotte B..., 22 ans, teinturière.

Antécédents. — Réglée à 13 ans. Depuis 2 ans douleurs des 2 côtés du ventre. Leucorrhée abondante, cautérisations (?) en ville, qui les

font presque disparaître. Mais les règles persistent irrégulières comme apparition et comme durée. Entre à l'hôpital le 21 août. — Depuis 3 semaines douleurs beaucoup plus vives. Examen : au toucher, col gros, hypertrophié; combiné avec la palpation, on sent une grosse masse remontant jusque vers l'ombilic et faisant corps avec l'utérus. Culs-de-sac libres. L'utérus n'a pu être mesuré :

Laparotomie le 30 août 1896. — On tombe sur une énorme masse adhérente à l'épiploon et à l'intestin. Dès la première tentative de libération, la poche crève; il s'en échappe du sang noirâtre. On essaie vainement de la vider par une ponction aspiratrice. Cette poche est fort mince, très péniblement libérée de ses adhérences résistantes, et très étendues, sorte de pédicule vers les annexes droites, d'ailleurs peu reconnaissables englobées qu'elles sont dans la masse. — A gauche, trompe et ovaire adhérents aux organes voisins. Drainage vaginal.

Suites immédiates. — La température s'élève au-dessus de 38° pendant les 15 premiers jours ; le 2 septembre, escharc sacrée, qui n'est pas complètement guérie à sa sortie le 29 septembre.

Plus de douleurs ni de pertes, cicatrice solide de 10 centimètres.

Résultats éloignés. — 27 décembre 1895. La malade est très satisfaite de son état. Elle n'a aucune douleur, aucune espèce de pertes, cicatrice solide.

26 janvier 1896, la malade écrit qu'elle se porte très bien.

Obs. 103. — *Hématosalpinx gauche. — Salpingite catarrhale droite. — Ablation des annexes. — Drainage vaginal. — Hystéropexie. — Guérison.*
F..., femme O..., entrée le 26 août 1895 à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Règles abondantes, non douloureuses. Leucorrhée légère depuis un an. Première fausse couche de 2 mois en décembre 1894. Deuxième fausse couche, à 2 mois 1/2, août 1895. Pas de signes de syphilis. Depuis la dernière fausse couche, douleurs abdominales vives surtout à gauche. Examen : annexes droites augmentées de volume, douloureuses. Côté gauche, tumeur très douloureuse, accolée à l'utérus et se continuant avec une masse située dans le cul-de-sac postérieur ; l'ensemble forme une masse indurée.

Laparotomie le 3 septembre 1895. — Incision de 8 centimètres. Côlon transverse, adhérent à la vessie par dessus l'utérus qui est caché. On rompt facilement les adhérences. Côté droit : la trompe turgescente augmentée de volume et adhérente à l'utérus est enlevée avec l'ovaire kystique. Côté gauche : grosse masse annexielle de couleur violacée dont on rompt avec peine les adhérences au fond et à la face postérieure de l'utérus. Rupture de la trompe qui renferme de gros caillots (péritoine protégé). La masse annexielle, très friable, renferme l'ovaire

kystique. Pédiculisation : 3 fils enchaînés. On touche au thermo-cautère les pédicules droit et gauche. Hystéropexie. Drainage vaginal par le cul-de-sac postérieur. Suture abdominale en un plan, au fil d'argent.

Suites opératoires. — Normales. La mèche est enlevée le 3e jour, les fils le 10e. Belle cicatrice. La malade sort le 3 octobre 1895 ; les culs-de-sac sont souples. Les cornes utérines ne sont pas douloureuses. L'utérus est bien fixé.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. Très légères douleurs du côté des pédicules, sous forme de picotements. Pas de pertes d'aucune espèce. Bonne cicatrice solide de 10 centimètres. La malade éprouve des troubles nerveux assez prononcés. Des bouffées de chaleur plusieurs fois dans la journée, accompagnées de maux de tête, l'empêchent de se livrer à ses occupations. Elle a peu de sommeil la nuit. Elle est réveillée par des bouffées de chaleur et des sueurs abondantes. Agitation. Impossibilité de rester en place. Troubles dyspeptiques et vomissements depuis quelque temps. Toucher non douloureux. Utérus bien fixé.

Obs. 104. — *Salpingite parenchymateuse double. — Ablation bilatérale des annexes. — Guérison.* — P... Jeanne, 42 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu le 9 août 1895. Réglée à 16 ans, régulièrement, et abondamment. Un peu de leucorrhée après les règles. Ni grossesse, ni fausse couche. Depuis quatre ans, douleurs abdominales à la suite d'un refroidissement.

Etat actuel. — Douleurs abdominales sur la ligne médiane pendant les efforts de la défécation, surtout si la malade est constipée. Elle éprouve la sensation de résistance interne puis d'obstacle subitement franchi. Depuis plus de quatre mois : douleurs deux jours avant les règles ; douleurs abdominales dans les deux côtés, accusées surtout à gauche, réveillées facilement par la fatigue. Palper abdominal douloureux à droite.

Dernières règles le 28 août 1895. Toucher : culs-de-sac souples. Utérus en position normale, mais élevée. Annexes droites : ovaire gros et douloureux, accolé au fond de l'utérus. La trompe paraît saine.

Annexes gauches. Ovaire plus petit et moins douloureux qu'à droite. Trompe sans lésions. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse dure, osseuse, située sur la face antérieure du sacrum, occupant la ligne médiane, verticale, symétrique à droite et à gauche. Diamètre promonto-sous-pubien rétréci de 10 cm.

Le squelette n'a rien d'anormal ailleurs.

Laparotomie le 7 septembre 1895. — On arrive difficilement à voir

l'utérus et les annexes qui sont, dans l'excavation, cachés par les anses intestinales. La saillie du promontoire et de la face antérieure du sacrum empêche de bien saisir les organes. Les différentes pièces du sacrum sont augmentées de volume sur leur face antérieure qui est fortement convexe. On voit un petit fibrome pédiculé situé sur le fond de l'utérus à droite ; on met un fil de soie, on le sectionne sans le cautériser au thermocautère. Annexes droites : trompe un peu augmentée de volume, ovaire gros, scléro-kystique. Après avoir placé deux fils de soie en anse on sectionne et on cautérise le pédicule au thermocautère. Annexes gauches. Trompe plus grosse que l'autre, parenchymateuse à la coupe, sans pus. Ovaire plus gros que l'autre, fibro-kystique. Section après avoir placé deux fils de soie en anse. Cautérisation du pédicule au thermocautère. Hystéropexie.

Suites opératoires. — Normales. Le 10e jour après l'opération on enlève les fils.Belle cicatrice. La malade sort guérie le 30 septembre. Pas de déformation de la cicatrice. Utérus bien fixé. Pas de douleurs au niveau des pédicules.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade n'a eu, depuis l'opération,ni règles, ni pertes blanches. Elle n'a pas de douleur en urinant, ni en allant à la selle. Elle a quelquefois de légères douleurs dans le flanc et la fosse lombaire, qui la gênent pour les travaux fatigants. Les bouffées de chaleur, fréquentes au début, diminuent maintenant. La cicatrice est à peine visible, très courte, très résistante. La malade porte sa ceinture. Le toucher n'est pas douloureux. Rien d'anormal.

Obs. 105. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Drainage vaginal à la Mickulicz, du cul-de-sac postérieur. — Poussées de péritonite et suppuration consécutives. — Guérison.* — Marie T..., 30 ans, entrée le 23 août 1895, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Règles régulières, peu abondantes, durant 5 ou 6 jours. Leucorrhée légère depuis 4 ans. Deux accouchements normaux. Enfants vivants. Depuis, deux fausses couches. Le début de la maladie remonte à 4 ans et a été marqué par des douleurs pelviennes et lombaires, survenant à la suite de fatigues. Il y a 3 semaines, douleur très violente dans les reins et le bas-ventre précédant de 24 heures, les règles qui avancent de 8 jours. En même temps, pertes blanches assez abondantes. Pas de fièvre. Pas de frissons. Examen à l'entrée. Toucher : col fendu transversalement, entr'ouvert, admet la pulpe de l'index. Cul-de-sac gauche, ventre douloureux. On y sent une masse très douloureuse, allongée transversalement de l'utérus aux parois pelviennes. Le cul-de-sac droit est plus souple, rempli par une masse se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie le 7 septembre 1895. — Très fortes adhérences intestinales sur l'utérus et les annexes droites. Pendant le décollement qui est laborieux, rupture d'une poche purulente appartenant au côté droit. Résection de l'appendice iléo-cœcal allongé,et adhérant à la face postérieure de l'utérus. Ligature à la soie. Thermocautère sur la section. Trois points de catgut séro-séreux pour fermer l'orifice. Les annexes droites,adhérentes à la face postérieure de l'utérus sont libérées et enlevées. Trompe volumineuse. Ovaire scléro-kystique. Les annexes gauches,disposées transversalement et augmentées de volume sont enlevées. Cautérisation des pédicules. Décollement de l'utérus d'avec les masses intestinales qui remplissent le Douglas. Les parois de ce cul-de-sac sont épaissies et lardacées. On l'ouvre et on draine par le vagin à la gaze iodoformée. Le petit bassin est nettoyé avec des éponges. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture de la paroi abdominale en un plan au fil d'argent.

Suites opératoires. — Quelques jours après, ballonnement du ventre, météorisme, fièvre : la malade a une poussée de péritonite. La paroi abdominale se tend au niveau des points de suture et on sent de la fluctuation. L'un des orifices par où passait un fil d'argent est dilaté et il sort du pus, en assez grande quantité, d'un abcès sous-cutané. Quelques jours plus tard, la suture devient saillante sur la ligne médiane. On débride avec la sonde cannelée. Il en sort du pus. La sonde pénètre jusque dans l'excavation pelvienne. Les phénomènes péritonéaux se calment progressivement et la malade se rétablit. Mais il persiste, malgré tous les soins, un très long trajet fistuleux qui conduit jusque dans le petit bassin. Un mois après, on retire un fil de soie, et en quelques jours la fistule est complètement fermée. La malade quitte l'hôpital, en très bonne santé.

Bon état local. Aucune douleur à la pression. Au toucher : épaississement des culs-de-sac.

Résultats éloignés. — 28 janvier 1896. La malade éprouve quelques légères douleurs du côté droit, mais qui ne sont en rien comparables à celles qu'elle éprouvait avant d'être opérée. Elle fait, sans fatigue, un travail pénible. Pas de règles. Depuis 8 jours, pertes blanches, tachant le linge en vert. Douleur à la miction. Toucher : utérus bien fixé par l'hystéropexie. Rien dans les culs-de-sac. L'exploration n'est pas douloureuse. Les pertes blanches sont dues à une infection gonococcique récente. — On lui donne des injection au permanganate.

26 *février* 1896. — La malade ne perd pour ainsi dire plus et n'éprouve plus de douleurs à la miction.

Obs. 106. — *Ovaires scléro-kystiques. — Rétroflexion utérine. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Marie G..., 35 ans, cuisinière, entrée à Laënnec le 26 août 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement jusqu'à sa première grossesse, 4 accouchements normaux. Pendant ses 3 dernières grossesses, à partir du 3e ou 4e mois jusqu'à la fin, la malade avait à la vulve un prolapsus de la grosseur d'un œuf environ. En octobre 1892, elle subit l'opération d'Alexander, par M. Delbet à la Charité. En septembre 1895, elle revient pour des douleurs siégeant au niveau des cicatrices anciennes et au niveau des lombes, s'exagérant par la marche et les efforts et au moment des règles. Examen : l'utérus est en rétroflexion, le fond un peu porté à gauche, le col est fendu, la lèvre antérieure hypertrophiée.

Laparotomie le 9 septembre 1895. — Les annexes sont enlevées : l'ovaire droit est volumineux, kystique, le gauche est scléreux tout à fait atrophié. Hystéropexie avec un fil de soie, suture totale.

Suites opératoires. — Excellentes; pas de température. La malade sort le 12 octobre, ne souffrant plus. La cicatrice est solide et mesure 6 cm. 1/2 de longueur.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade éprouve, de temps en temps, des douleurs assez vives, dans le bas-ventre, du côté gauche. Elle ne souffre pas à droite. Elle n'a jamais eu de pertes rouges, elle a de très légères pertes blanches.

Elle souffre parfois en urinant.

Examen : cicatrice très petite, à peine visible, mesurant 4 centimètres de longueur. Au toucher on trouve l'utérus bien fixé et mobile.

Le cul-de-sac gauche est absolument souple et indolore.

Le cul-de-sac droit est légèrement empâté ; on trouve un noyau d'adhérences du volume d'une petite noix.

Cette malade est très hypochondriaque. Elle éprouve quelques troubles nerveux : bouffées de chaleur, troubles de la vue, bourdonnements d'oreille.

Obs. 107. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Blanche R..., 20 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 27 août 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, règles précédées de douleurs pendant 3 à 4 jours. Légère leucorrhée depuis l'âge de 16 ans. Mariée en 1893. Ni enfant, ni fausse couche. 2 curettages en 1894 et en mars 1895 dans le service de M. Reclus. Les douleurs ont débuté en 1893 après le premier curettage. Elles sont lancinantes et empêchent la malade de marcher. Séjour au lit d'un mois. Injections

vaginales ; vésication. Réapparition des douleurs en juillet 1895. La malade s'alite encore.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 27 août 1895, la malade présente un assez bon état général. *Examen.* Palper : douleur des deux côtés de l'abdomen, surtout à droite. Toucher : Culs-de-sac libres. Annexes douloureuses, utérus petit en légère rétroversion.

Laparotomie le 10 septembre 1895. — Ablation des annexes : les trompes sont parenchymateuses, les 2 ovaires fortement kystiques. Hystéropexie avec un fil de soie. Suture de la paroi au fil d'argent en un seul plan.

Suites opératoires. — Normales, pas de température. Ablation des fils le 10e jour. La malade sort guérie le 8 octobre 1895, utérus bien fixé. Cornes utérines non douloureuses.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade se porte très bien, elle est très satisfaite de son état. Elle n'a aucune douleur ni aucune perte. La cicatrice mesure 5 cm. 1/2, elle est très solide. La malade porte sa ceinture. Au toucher : culs-de-sac souples, utérus bien fixé. Quelques bouffées de chaleur.

Obs. 108. — *Ovarite scléro-kystique.* — *Laparotomie.* — *Ablation des annexes.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — N... Solange, 28 ans, entrée le 3 septembre 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, jamais régulièrement. Trois fausses couches de 2 mois, 7 mois et 5 mois en 1893 et 1895. Depuis la première fausse couche, elle a des douleurs pelviennes et lombaires des deux côtés, qui se sont accrues notablement depuis la dernière. Elle a maintenant des règles plus abondantes, avec caillots; elles sont douloureuses pendant les premiers jours.

Les dernières règles datent du 15 au 23 août. La malade a d'abondantes pertes blanches, glaireuses et transparentes. Examen : utérus en rétroversion. Culs-de-sac douloureux, surtout à gauche.

Laparotomie le 11 septembre. — Utérus non adhérent. Ovaire gauche présente deux petites adhérences. Un petit kyste séreux sur le pavillon de la trompe ; ovaire gros et kystique ; mêmes lésions à droite ; ablation des annexes. Hystéropexie. Suture totale.

Suites opératoires. — Normales, pas de température. La malade sort guérie le 5 octobre 1895. Elle ne souffre plus, mais elle a encore quelques pertes blanches.

Résultats éloignés. — 14 novembre 1895. Quelques douleurs dans les deux côtés et quelques pertes blanches.

15 janvier 1896. La malade présente un excellent état général. Elle

n'a aucune douleur et n'a plus de pertes. Elle peut se livrer sans peine à un travail fatigant (ménagère).

La cicatrice est solide et mesure 5 centimètres.

Au toucher: culs-de-sac souples non douloureux. Utérus bien fixé. Pas de troubles nerveux. Quelques bouffées de chaleur.

Obs. 109. — *Salpingite purulente double.* — *Laparotomie.* — *Ablation des annexes.* — *Drainage vaginal du cul-de-sac postérieur.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — Angèle R..., 19 ans, fleuriste, entrée le 6 septembre 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Règles régulières, durée 4 jours. Pertes blanches dans l'intervalle. Pas de fausses couches. En 1894, au mois d'août, quelques signes de cystite probablement blennorrhagique. Envies impérieuses d'uriner. Ténesme vésical. Vers le 18 juillet, douleur abdominale vive, profonde; en faisant un effort, quelques jours après, elle commence à souffrir du ventre, surtout à gauche, et cet état persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital. La douleur se calme pendant le repos. Pertes blanches glaireuses, peu abondantes. *Examen* : Toucher : utérus volumineux, faisant corps avec les annexes des deux côtés, le tout mobile dans le bassin. A droite elles paraissent du volume d'un œuf. A gauche elles sont un peu plus volumineuses, pointant en avant et faiblement perceptibles à la palpation seule.

Laparotomie le 13 septembre. — Adhérences de l'épiploon à la paroi. Au-dessous de lui, masse dans laquelle on ne peut rien reconnaître. L'intestin présente, par dessus l'utérus, des adhérences à la vessie extrêmement difficiles à libérer. Après libération, on constate que l'utérus est extrêmement petit. De chaque côté, on voit des masses confondues avec l'intestin.

On commence à libérer l'utérus en arrière et du côté gauche. A mesure que l'intestin, très adhérent, est détaché, des poches se rompent, d'où s'écoule du pus en quantité très considérable. N'arrivant pas à libérer les annexes de ce côté, on enlève non sans peine celles de l'autre côté. 4 fils sur le pédicule qui est très épais. On libère alors plus facilement les annexes gauches adhérentes à la face postérieure de l'utérus et du ligament large. Elles constituent une grosse masse formée de la trompe, en partie déchirée, et de l'ovaire kystique. 4 fils sur le pédicule. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage à la gaze iodoformée par le vagin. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires. — Une seule élévation de température à 38°6 le 2e jour. Depuis, température normale.

Le 15 septembre, on retire la mèche de gaze laissée dans le vagin. Il s'écoule un liquide jaune-brun fétide, paraissant formé par un mélange

de pus et de sang. Le 18. — Ecoulement vaginal moins abondant et moins fétide. Le point de suture le plus inférieur a suppuré ainsi que l'extrémité inférieure de la plaie. Le 23. — Les autres fils sont retirés. La suppuration du premier fil est tarie, mais l'extrémité inférieure de la plaie suppure encore. Le 24. — Injection de teinture d'iode. Diminution de l'écoulement vaginal. La malade sort le 1er décembre, ayant encore un léger écoulement vaginal. La fistule n'est pas complètement fermée. Elle rentre à l'hôpital en janvier parce que sa fistule suppure. Injection de teinture d'iode. Pansements.

Résultats éloignés. — 27 janvier 1896. La fistule suppure encore très légèrement. La malade n'a jamais eu de douleurs depuis son opération. Elle n'a plus aucune espèce de pertes. La cicatrice est solide et mesure 7 centimètres. Au toucher, rien de particulier, utérus bien fixé.

La malade est en très bonne santé. Pas de troubles nerveux, sauf quelques bouffées de chaleur insignifiantes.

Obs. 110. — *Ovarite kystique ; utérus fibromateux. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Henriette L..., 44 ans, entrée le 9 septembre 1895 à l'Hôtel-Dieu. Réglée à 18 ans, abondamment ; durée 4 à 5 jours. Depuis quelques années, les règles sont plus abondantes et durent 8 à 15 jours. En février 1895, métrorrhagie abondante pendant 15 jours avec douleurs expultrices. Depuis cette époque les douleurs pelviennes et lombaires avec irradiation dans les cuisses surviennent de temps à autre, accompagnées de douleurs expultrices, mais apparaissent surtout au moment des règles où elles acquièrent leur plus grande intensité et obligent la malade à s'aliter. En avril et en mai 1895 nouvelles métrorrhagies avec phénomènes douloureux. La malade entre à l'hôpital, on lui fait des injections d'ergotine au nombre de 60, la 1re le 19 juin, la dernière à la fin d'août. Il persiste des douleurs lombaires et pelviennes, les douleurs expultrices disparaissaient. En septembre nouvelle métrorrhagie la malade revient à l'hôpital qu'elle avait quitté depuis un mois. Hystérométrie, 9 cm. 1/2.

Laparotomie le 21 septembre. — Utérus augmenté de volume, renferme des noyaux fibromateux dans son épaisseur. Un noyau plus gros et plus saillant se présente sur le fond et à gauche. Ablation bilatérale des annexes. Les ovaires sont kystiques, les trompes turgescentes. On fait l'hystéropexie, l'utérus étant en rétroversion.

Suites opératoires. — Normales. Métrorrhagie légère qui continue pendant les 5 jours suivants. La malade quitte l'hôpital, l'utérus est gros, bien fixé à la paroi abdominale. Non douloureux.

Les cornes utérines ne sont pas douloureuses. L'état général est très amélioré.

Malade non retrouvée.

Obs. 111. — *Salpingite catarrhale gauche. — Laparotomie. — Ablation unilatérale gauche. — Ignipuncture de l'ovaire droit. — Hystéropexie. — Guérison* (?). — Marie M..., 26 ans, entrée le 18 septembre 1895 à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Règles toujours irrégulières, douloureuses. Leucorrhée depuis l'âge de 15 ans; 4 accouchements normaux; pas de fausses couches; pas de ménorrhagies. Douleurs pelviennes depuis son dernier accouchement. Quelques jours après, les lochies deviennent fétides, la malade est prise de frissons, de fièvre.

Douleurs abdominales surtout du côté gauche ; au bout de quelques jours la fièvre s'atténue, la malade rentre chez elle, mais les douleurs persistent. *Examen.* Toucher: annexes gauches augmentées de volume, très douloureuses ; les annexes droites de volume normal sont légèrement douloureuses.

Laparotomie le 24 septembre 1895. — Petite incision médiane. Les annexes gauches sont enlevées. La trompe est congestionnée, noueuse, volumineuse, sans adhérences, l'ovaire scléro-kystique.

Annexes droites. La trompe paraît saine, ignipuncture d'un certain nombre de petits kystes de l'ovaire; les annexes sont laissées en place. Hystéropexie avec un fil de soie.

Suture totale au fil d'argent en un seul plan.

Suites opératoires. — T. = 38° le 2e et le 3e jour.

Belle cicatrice opératoire; sortie le 16 octobre, la malade souffre très légèrement du côté droit ; on sent l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac. Elle a eu d'ailleurs, un des premiers jours d'octobre, des douleurs dans le côté droit, comme au moment des règles ; pas d'écoulement sanguin.

Le 26 octobre, la malade qui est au Vésinet écrit que sa plaie suppure. Elle a eu ses règles, mais moins abondantes qu'autrefois, et depuis elle souffre beaucoup du côté droit.

Voir l'observation 131.

Obs. 112. — *Salpingite catarrhale gauche. — Ovaire droit kystique. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Alexandrine V..., 24 ans, journalière, entrée à l'Hôtel-Dieu le 14 septembre 1895.

Antécédents.— Réglée régulièrement, sans douleur; leucorrhée depuis deux mois, peu abondante. Un accouchement en 1891, normal. Pas de

fausse couche. Le 1er septembre 1895, elle fait une chute sur le dos. Elle éprouve alors des douleurs pelviennes et lombaires avec irradiation dans les cuisses. Puis, métrorrhagies pendant quelques jours avec pertes de caillots. Poussée de pelvi-péritonite. Abdomen très douloureux; on lui pose des sangsues à la région hypogastrique; pas de vomissements, pas de fièvre. Examen à l'entrée : Ventre très douloureux; la marche est presque complètement impossible; pas de fièvre. Toucher: culs-de-sac tendus et saillants très douloureux. Au bout de quelques jours de repos, le toucher, plus facile, révèle, à droite, une masse très douloureuse, se continuant en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur ; à gauche de la périsalpingite. L'utérus est gros, arrondi, d'apparence fibro-mateuse.

Laparotomie le 24 septembre 1895. — L'incision passe jusqu'au péritoine dans des tissus remplis de sang extravasé par suite de l'application des sangsues. Utérus gros et arrondi. Adhérences intestinales dans tout le cul-de-sac postérieur, jusqu'au fond. Libération, ablation des annexes gauches : trompe grosse, parenchymateuse ; ovaire scléro-kystique. Annexes droites : trompe saine. Ignipuncture de l'ovaire kystique. Mais ce qu'il en reste est tellement compromis qu'on enlève les annexes. Hystéropexie. Suture de la paroi abdominale en un plan au fil d'argent.

Suites opératoires. — Hémorrhagie le lendemain de l'opération qui continue les jours suivants, puis disparaît. T. = 38° pendant trois jours. La malade quitte l'hôpital guérie. Bonne cicatrice solide. Toucher non douloureux.

Résultats éloignés. — 30 janvier 1896. La malade n'a pas eu de pertes, ni aucune douleur depuis son opération. Elle travaille debout toute la journée. Elle porte sa ceinture. Cicatrice 6 centimètres. Au toucher : culs-de-sac souples, non douloureux, utérus bien fixé. La malade a quelques bouffées de chaleur.

Obs. 113. — *Salpingite catarrhale double.* — *Laparotomie.* — *Ablation bilatérale des annexes.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — Victorine G..., 24 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 18 septembre 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement. Règles très douloureuses, a toujours eu de la leucorrhée. En 1895, elle subit un curettage qui n'améliore les douleurs que passagèrement. Celles-ci siègent dans les régions iliaques et sont surtout intenses au moment des règles. Dans l'intervalle elles surviennent par moment, comme des coliques. Elles prédominent à gauche. *Examen.* Toucher : Corps utérin rétrofléchi et retroversé, de volume normal, douloureux à la pression. Dans chacun

des culs-de-sac, on sent les annexes augmentées de volume et douloureuses. Lésions plus grosses à droite.

Laparotomie le 26 septembre 1895. — Côté droit. Trompe augmentée de volume, un peu turgescente ; ovaire polykystique.

Côté gauche : Trompe plus grosse qu'à droite, contournée sur elle-même. Ovaire polykystique. Ablation des annexes. Hystéropexie. Suture de la paroi abdominale en un plan au fil d'argent.

Suites opératoires. — Le deuxième jour la malade fait une poussée grippale du côté des poumons. Toux. Râles de bronchite dans les deux poumons. Le troisième jour T. = 39°8. Les jours suivants, température normale. Au bout de quelques jours, amélioration. La malade part pour le Vésinet le 23 octobre 1895. Très bon état général. Aucune douleur. Utérus bien fixé. Cornes utérines non douloureuses.

Résultats éloignés. — Janvier 1896. La malade se plaint d'avoir des douleurs pelviennes du côté droit. Elle souffre depuis le mois d'octobre. Elle n'a d'ailleurs aucune espèce de pertes. Au toucher : on trouve au niveau du pédicule droit un noyau induré du volume d'une forte noisette, mobile et douloureux. A gauche, empâtement douloureux au toucher au fond du cul-de-sac postérieur. Utérus bien fixé. Bonne cicatrice solide, 6 centimètres.

Obs. 114. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Carmen T..., 17 ans, blanchisseuse, entrée le 19 septembre 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée à 11 ans 1/2. Régulièrement depuis. En 1893 suspension des règles pendant 3 mois. En décembre 1894. Pertes jaune-verdâtre, tachant la chemise en vert. — Juillet 1895. Pendant quelques jours, cuissons en urinant, miction impérieuse et fréquente. — Septembre 1895. Vient à l'hôpital pour des douleurs pelviennes bilatérales. Elle souffre aussi un peu dans la région lombaire. Les règles ne durent plus que 2 jours au lieu de 8. Elles sont douloureuses. Pertes blanches glaireuses.

Examen : Utérus peu mobile. Les mouvements imprimés sont douloureux. Culs-de-sac : tumeur douloureuse du volume d'un petit œuf, plus volumineux à droite.

Laparotomie le 27 septembre 1895. — L'épiploon est adhérent dans le bassin, surtout à la trompe droite. Ligature et section de la partie adhérente à la trompe. Côté droit. La trompe et l'ovaire adhèrent à l'intestin et à la face postérieure du ligament large. 4 fils sur le pédicule. Côté gauche. Adhérences à l'S iliaque, très étroites et très difficiles à libérer. 4 fils sur le pédicule. Il n'y a pas lieu de faire de suture à l'S

iliaque, malgré qu'il ait été assez malmené. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes. Pas de température. La malade part pour le Vésinet le 19 octobre. Elle souffre encore à droite et a des pertes blanches assez abondantes.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade avait encore des pertes blanches au retour du Vésinet, actuellement elles ont beaucoup diminué. Elle avait aussi des douleurs pelviennes légères à l'époque présumée des règles ; actuellement cela se borne à une légère courbature lombaire.

Elle n'a pas eu de pertes rouges. Cependant, il y a 15 jours, elle a remarqué, à deux reprises, l'apparition d'un écoulement sanguin, qui ne s'est révélé que par une seule tache. Pas de douleurs à ce moment Rien depuis. La malade n'a pas d'occupations fatigantes. Elle éprouve quelques bouffées de chaleur, mais beaucoup moins depuis quelque temps. Examen. Cicatrice, 8 centimètres, linéaire, solide. Toucher. Rien dans le cul-de-sac. Utérus bien fixé.

Obs. 115. — *Salpingite catarrhale double.* — *Laparotomie.* — *Ablation bilatérale des annexes.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — Augustine L..., journalière, 30 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu, le 6 septembre 1895.

Antécédents. — Réglée irrégulièrement depuis l'âge de 14 ans, mais abondamment. Leucorrhée légère mais continuelle. 4 accouchements normaux. Depuis le premier, elle a des douleurs abdominales, et les règles sont devenues plus abondantes et très douloureuses.

Examen. — Toucher : cul-de-sac postérieur renferme une masse adhérente à l'utérus, pas très dure mais très douloureuse ; du côté droit, on ne trouve qu'une trompe douloureuse ; à gauche, annexes volumineuses et accolées à l'utérus. Celui-ci est gros et élevé. Le col est gros et entr'ouvert.

Laparotomie le 28 septembre 1895. — Utérus très gros. Ligaments larges fortement congestionnés ; côté droit : grosse trompe parenchymateuse; ovaire scléro-kystique. Côté gauche : trompe augmentée de volume et adhérente à la face postérieure de l'utérus ; ovaire gros, scléro-kystique; ablation des annexes. Hystéropexie ; suture de la paroi abdominale en un plan, au fil d'argent.

Suites opératoires. — Vomissements pendant 2 jours.

1er jour : Teinte subictérique des conjonctives le lendemain de l'opération ; 2e jour : Teinte subictérique de la peau. T. 38° le soir. L'ictère s'accuse de plus en plus les jours suivants et s'atténue vers le 12e jour. Dans la nuit du 3e jour la malade est prise de délire violent, furieux. T. 38°7. Dans la journée (4e jour) subdélire. Le soir

T. 38°6. Camisole le soir. 5e jour : délire dans la nuit, un peu moins violent que la nuit précédente, le calme revient les jours suivants ; le 6e jour, la température redevient normale. On enlève les fils le 9e jour. La cicatrice est très belle ; aucun fil n'a lâché. La malade, quitte l'hôpital, guérie, le 30 octobre 1894.

Résultats éloignés. — 21 janvier 1896. La malade est en très bonne santé ; elle n'a pas éprouvé la moindre douleur abdominale depuis sa sortie de l'hôpital ; elle n'a aucune espèce de pertes. Elle se plaint d'être moins forte qu'auparavant. La cicatrice est solide (7 cm.). La malade porte sa ceinture. Toucher : utérus bien fixé. Culs-de-sac indolents.

Obs. 116. — *Hydrosalpinx gauche. — Salpingite catarrhale droite. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Louise N..., 29 ans, domestique, entrée à Laënnec le 10 septembre 1895.

Antécédents. — Règles irrégulières et toujours douloureuses. La malade est obligée de se coucher pendant les deux premiers jours de l'époque menstruelle. Elle a toujours eu des pertes blanches surtout abondantes à 21 ans ; c'est vers cette époque qu'elle a commencé à souffrir dans le ventre. Elle est traitée par des injections intra-utérines de teinture d'iode qui lui apportent un certain soulagement. Les douleurs et les pertes ont augmenté beaucoup depuis le mois de mai dernier. Les règles douloureuses durent 8 jours et sont très abondantes. On fut obligé, dit-elle, de lui faire un tamponnement quelque temps avant son entrée à l'hôpital. Les dernières règles datent de la fin de septembre et se sont accompagnées de douleurs extrêmement vives, de nausées, de vomissements et de ballonnement du ventre. *Examen.* Toucher : Utérus petit en position normale. Douleur et tumeur dans le cul-de-sac gauche. On ne sent pas les annexes droites.

Laparotomie le 17 octobre. — Côté gauche, adhérences filamenteuses de l'ovaire et de la trompe à l'intestin, assez faciles à libérer. Côté droit, les adhérences des annexes sont peu résistantes. Ablation bilatérale. Les deux trompes sont dilatées et parenchymateuses, la gauche contient du liquide séreux, ovaires kystiques, un kyste gros comme une noisette dans un faux corps jaune. Hystéropexie. Suture en un plan.

Suites opératoires. — Bonnes, pas de température. La malade sort guérie le 16 novembre, cicatrice solide (7 cm.).

Résultats éloignés. — 21 janvier 1896. La malade est revue à l'hôpital Necker, elle est en convalescence d'une pleurésie séro-fibrineuse. Elle n'a eu aucune douleur dans l'abdomen depuis son opération, ni aucune espèce de pertes, petite cicatrice de 5 centimètres, très solide.

Au toucher. Les culs-de-sac sont libres, non douloureux, l'utérus est bien fixé.

OBS. 117. — *Double pyosalpinx et abcès de l'ovaire. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Guérison.* — Julie V..., cuisinière, 20 ans, entrée à Laënnec le 28 septembre 1895.

Antécédents. — Réglée régulièrement. A 17 ans, accouchement à terme, suivi de pertes blanc jaunâtre, épaisses ; pas de douleurs. Celles-ci n'apparaissent qu'un an plus tard. Elles sont très vives depuis 2 mois; elles siègent dans l'abdomen, des deux côtés, et s'irradient dans la cuisse droite et la région lombaire. Il y a 4 mois, première hémorrhagie abondante pendant 4 jours. Nouvelles pertes rouges, il y a 3 semaines, en dehors des règles, durant 9 jours. Examen : Utérus douloureux. Tumeur dans le cul-de-sac droit. Grosse masse à gauche, le tout douloureux.

LAPAROTOMIE le 22 octobre. — Les 2 trompes, très dilatées et très allongées sont recourbées en arrière et viennent adhérer l'une à l'autre derrière l'utérus. Côté gauche, pas d'adhérences intestinales, la masse annexielle est très adhérente à la face postérieure de l'utérus et au fond du cul-de-sac de Douglas; elle est formée en partie par un gros abcès de l'ovaire. La masse est, sans rupture, difficilement libérée; pendant la ligature du pédicule interne, une poche se rompt et du pus s'écoule dans l'abdomen; le péritoine est protégé. Côté droit. Mêmes adhérences de la masse qui est moins volumineuse, même rupture et issue de pus. Cautérisation des pédicules et des surfaces d'adhérences de la vessie. Un point de Lembert sur la corne utérine gauche, qu'un fil du pédicule avait coupée. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — 2e jour : température, 38°5 ; 3e jour, température, 38°3 ; puis température normale. La malade guérit rapidement et sort le 23 novembre ne souffrant plus. Cicatrice solide, 7 centimètres.

Malade non retrouvée.

OBS. 118. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Madeleine P..., 26 ans, fille de salle, entrée à Laënnec le 25 septembre 1895.

Antécédents.— Depuis l'âge de 13 ans, règles régulières, très abondantes durant 8 jours. A toujours eu des pertes blanches. Pas d'accouchement. La maladie actuelle a débuté par des douleurs pelviennes et lombaires très violentes, il y a un an, s'accompagnant de pertes blanches très abondantes, pas de douleurs en urinant.

Toucher. — Utérus en rétroversion. Trompe droite en prolapsus dans

le cul-de-sac postérieur et augmentée de volume ; à gauche, lésions un peu moins volumineuses.

Laparotomie le 30 octobre 1895. — L'intestin est pris dans une pince à forcipressure et légèrement lésé.

Côté gauche : adhérences considérables de l'ovaire et de la trompe à la face postérieure des ligaments larges et aux appendices épiploïques de l'S iliaque, 3 fils sur le pédicule, cautérisation.

Côté droit : adhérences à la partie postérieure du ligament large, mais pas à l'intestin, cautérisation, hystéropexie, suture totale sans drainage.

Examen des pièces.— Trompe gauche à peine distendue, mais pavillon oblitéré. Ovaire kystique. Ovaire droit gros comme un petit œuf et renfermant d'assez gros kystes hématiques. Trompe épaissie, pavillon oblitéré, la cavité est remplie de villosités sans liquide.

Suites opératoires. — T. 38° le 2e jour. La malade sort guérie le 30 novembre ne souffrant plus, cicatrice 6 cm. 1/2, solide.

Résultats éloignés. — La malade nous écrit le 25 janvier 1896. Elle dit qu'elle a beaucoup de pertes blanches, mais elle n'a pas de règles. Elle porte toujours sa ceinture.

21 février 1896. Cicatrice à peine visible, étroite, parfaitement solide longue de 45 millimètres, aucune espèce de douleurs. Elle a quelques pertes blanches, mais *elle en a toujours eu.*

Obs. 119. — *Salpingite catarrhale double. — Kystes folliculaires de l'ovaire droit. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Guérison.* — Claudia V..., 21 ans, domestique, entrée le 28 octobre 1895 à Laënnec.

Antécédents.— Réglée à 15 ans, et toujours très irrégulièrement. Douleurs pelviennes depuis très longtemps. Après examen, on porte le diagnostic de salpingite double.

Laparotomie le 5 novembre 1895. — Après ligature et section de l'épiploon, adhérent à la vessie et à l'utérus, on arrive sur un paquet d'anses intestinales unies entre elles et à l'utérus par des adhérences filamenteuses longues, mais très résistantes, qu'il est très difficile de libérer pour arriver sur les annexes. Côté gauche : Annexes adhérentes à la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, libération et pédiculisation longues et extrêmement difficiles. Côté droit : Il est tout d'abord impossible de rien reconnaitre. L'S iliaque est absolument adhérente à une masse volumineuse qui remonte jusque dans le grand bassin. La partie qui est au-dessus du détroit supérieur est dure et avait été prise par la malade pour le rein. Dans le petit bassin, en dedans de l'adhérence intestinale, gros kystes séreux qu'on crève. Libération de l'S iliaque difficile en raison de l'étroitesse et de la résistance des adhérences. Puis, pédiculisation de la masse qui est dans son ensemble

d'origine annexielle. 3 fils sur le pédicule qui se prolonge jusque dans le grand bassin. La partie principale de la masse est formée par des kystes folliculaires de l'ovaire,dont l'un a le volume d'une noix. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie le 9 décembre, ne souffrant plus, cicatrice solide, 8 centimètres.

Résultats éloignés. — 30 décembre. La malade n'a aucune douleur, aucune perte. Elle porte sa ceinture ; la cicatrice est solide et mesure 7 centimètres.

Le 13 février 1896. La malade qui est à Mont-Saint-Martin (Moselle) écrit qu'elle a des maux de tête terribles.

Obs. 120. — *Ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Guérison.* — Marie M..., 29 ans, couturière, entrée à Laënnec le 9 octobre 1895.

Antécédents. — Règles abondantes, régulières, durée 8 jours. A 19 ans, accouchement prématuré à 7 mois, fœtus mort. Elle garde le lit 3 semaines. A 20 ans, accouchement à terme. L'enfant vit 2 jours. Alitée 9 jours. A 25 ans, accouchement à terme. L'enfant meurt à 3 mois 1/2. La malade se remet à travailler au bout de 9 jours. Mais elle est atteinte de septicémie et tient le lit pendant 3 mois. 15 jours après l'accouchement ont débuté des douleurs abdominales et lombaires avec irradiation dans les cuisses. Pertes blanches très abondantes. La malade souffre depuis cette époque. Elle est affaiblie et digère mal. A son entrée, pas de fièvre.

Examen. — Toucher : des deux côtés, salpingite légère.

Laparotomie le 5 novembre 1895. — Côté droit : aucune adherence : pavillon de la trompe non oblitéré. Petit ovaire scléro-kystique. Ablation. A gauche, quelques adhérences filamenteuses. Trompe non oblitérée. Ovaire volumineux rempli de kystes. Suture totale de la paroi sans drainage.

Suites opératoires. — Normales. Le deuxième jour T. = 38° La malade sort le 8 décembre guérie. Cicatrice 6 centimètres. Solide.

Résultats éloignés. — 22 janvier 1896. La malade est en parfaite santé. Elle n'a aucune espèce de pertes, ni aucune douleur. Elle exerce facilement et sans fatigue son métier de mécanicienne. Elle se dit très satisfaite de son état. La cicatrice est solide, 6 centimètres. La malade n'a pas cessé de porter sa ceinture. Elle ne se plaint d'aucun trouble nerveux.

Obs. 121. — *Ovarite scléro-kystique. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Désirée S..., 34 ans, entrée à Laënnec le 22 octobre 1895.

Antécédents. — Réglée à 15 ans 1/2. Toujours régulièrement. Durée : 3 jours. Soignée à 18 ans à Necker pour chorée. La malade est hystérique et a 2 ou 3 attaques par an. 3 premiers accouchements normaux ; à la suite du 3e (1887), la malade a toujours eu des douleurs abdominales. Elles siègent d'abord à droite, puis gagnent le côté gauche. La douleur est continue, parfois très vive. La malade présente tous les symptômes de l'hystérie. Examen : Utérus normal. Légère tendance à la rétroversion. Un peu de cystocèle. A droite, on ne sent rien dans le cul-de-sac. A gauche, légère salpingite.

Laparotomie le 13 novembre. — Ablation des annexes des deux côtés. Ovaires scléro-kystiques. A gauche, quelques adhérences épiploïques avec l'S iliaque. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort le 14 décembre. Cicatrice 8 centimètres, solide.

Résultats éloignés. — 13 janvier 1896. La malade a eu pendant quelques jours des pertes blanches qui ont actuellement disparu. Pas de règles. Aucune douleur. La cicatrice est résistante.

Bouffées de chaleur assez fréquentes.

Obs. 122. — *Salpingite parenchymateuse double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Joséphine S..., 30 ans, entrée à Laënnec le 12 octobre 1895.

Antécédents. — Règles depuis l'âge de 17 ans irrégulières, peu abondantes ; la malade est chlorotique. Début de la maladie il y a un mois, par des douleurs abdominales surtout à droite, moins violentes à gauche, s'irradiant dans les lombes, marche pénible. Règles maintenant très douloureuses, peu abondantes. La miction depuis le début est douloureuse, cuisante, fréquente ; le besoin d'uriner impérieux. Examen. Toucher : utérus petit, immobile, en rétroversion, annexes gauches volumineuses, douloureuses, lésions un peu plus marquées à droite.

Laparotomie le 13 novembre 1895. — Utérus petit, en rétroversion, absolument fusionné avec la face postérieure du bassin ; adhérences très résistantes, libération difficile. Côté gauche. L'ovaire scléreux et la trompe épaissie sont intimement accolés à la face postérieure du ligament large La libération est très laborieuse ; la pédiculisation est rendue très délicate par la rétraction du ligament large.

Côté droit. Mêmes lésions, la trompe de ce côté est un peu plus volumineuse et son pavillon est replié derrière l'utérus, mêmes difficultés de libération et de pédiculisation. Hystéropexie. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires. — Bonnes. Pas de température, la malade sort le 14 décembre guérie.

Résultats éloignés. — 20 janvier 1896. La malade a eu ses règles le 18 décembre, aussi peu abondantes qu'autrefois, pendant un jour 1/2. Elles ont reparu le 13 janvier. Pas de pertes blanches.

Très légères douleurs dans la région des pédicules lorsqu'elle s'est fatiguée beaucoup, pas de troubles nerveux. Toucher non douloureux, utérus bien fixé, cicatrice solide, 8 cm. 1/2. La malade porte sa ceinture.

Obs. 123. — *Salpingite purulente double.* — *1° Incision par le vagin.* — *2° Laparotomie.* — *Ablation des annexes.* — *Drainage abdominal.* — *Guérison.* — Louise M..., 23 ans, entrée le 9 juillet 1895 à Laënnec.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, régulièrement. Durée 4 à 5 jours. La maladie actuelle semble avoir débuté au mois de janvier par de violentes douleurs au-dessus du pubis,s'irradiant dans tout l'abdomen. En même temps, douleur vive et cuisante en urinant, troubles dyspeptiques ; anorexie ; à ce moment,elle s'aperçoit de l'accroissement progressif de son ventre. Au mois d'avril, dans le service de M. Duplay, elle est traitée d'abord pour de la métrite, puis pour une salpingite ; finalement, on fait le diagnostic de grossesse. La malade sort de l'Hôtel-Dieu le 15 mai et se soigne chez elle par le repos et des injections chaudes. Elle fait alors une poussée péritonitique, avec douleurs violentes de tout l'abdomen. Fièvre, hoquets et vomissements porracés ; son état général est alors très grave ; elle est très amaigrie, d'un affaiblissement extrême ; elle a de la gastralgie, de l'anorexie, des nausées et des vomissements. C'est alors qu'elle entre à Laënnec au commencement de juillet. Le lendemain de son entrée, on fait une ponction de la tumeur que présente le cul-de-sac vaginal gauche ; on en retire du pus ; on porte le diagnostic probable de kyste suppuré de l'ovaire gauche. Le 12 juillet, *incision du cul-de-sac vaginal gauche* ; issue d'une énorme quantité de pus fétide ; drainage à la gaze iodoformée. Lorsque la malade quitte l'hôpital, le 3 août, son état général est devenu excellent ; le 6 novembre 1895, elle se plaint de douleurs dans la région hypogastrique droite, et a des pertes blanches ; au toucher, l'utérus est mobile ; on trouve une grosse masse dans le cul-de-sac latéral gauche. Elle rentre à l'hôpital le 11.

Laparotomie le 20 novembre. — Tout le bassin est fermé par des adhérences intestinales et épiploïques. Ligature et résection de l'épiploon ; au-dessous, on trouve une masse volumineuse, adhérente à l'intestin, et dans laquelle on ne peut rien distinguer. Après avoir détaché plusieurs anses intestinales très adhérentes, on voit une masse fluctuante, dépendant du côté gauche et dont on retire par ponction une centaine de grammes de pus fétide. Mais la ponction ne diminue pas le volume

de la tumeur dont les parois sont très épaisses. Du côté droit, adhérences très intimes à l'intestin et à l'appendice iléo-cœcal que l'on résèque et sur lequel on fait 3 points de suture de Lembert. On peut alors libérer la masse, qui est formée d'un ovaire gros comme un œuf de dinde (et contenant un kyste hématique) et d'une trompe très épaissie. Côté gauche : adhérences étendues, étroites, résistantes ; libération très difficile au fond du cul-de-sac de Douglas, au point antrefois incisé. Les adhérences sont extrêmement résistantes et la poche se rompt ; issue d'une grande quantité de pus fétide ; la masse est enlevée. Le fond du cul-de-sac de Douglas saigne abondamment ; on perfore le vagin par l'orifice de l'ancienne incision, mal cicatrisée et on draine à la gaze iodoformée par le vagin. Drainage abdominal avec une mèche.

Suites opératoires. — Le jour de l'opération 38°5 ; les jours suivants température normale. La malade sort guérie le 14 décembre 1895.

Résultats éloignés. — 24 janvier 1896. La malade est en très bonne santé ; elle n'a aucune douleur abdominale ni aucune espèce de pertes. La cicatrice est solide, mesure 9 centimètres. Pas de troubles nerveux.

Obs. 124. — *Salpingite suppurée gauche. — Ovaire kystique à droite. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Pas de drainage. — Guérison.* — Madeleine H..., 27 ans, couturière, entre à Laënnec le 20 novembre 1895.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, toujours bien. Deux accouchements, le deuxième suivi de péritonite. Le mois dernier, les règles ont duré 15 jours et ont été extrêmement douloureuses, actuellement elle ne souffre plus et n'a pas de pertes. On sent au toucher une grosse collection douloureuse du côté gauche, du volume d'une orange.

Laparotomie le 30 novembre 1896. — Adhérences totales qui ferment complètement le bassin par dessus l'utérus. Entre les adhérences intestinales existe une quantité de kystes, dont le volume varie de celui d'un œuf à celui d'une noisette. L'intestin récliné, on arrive sur la trompe gauche volumineuse, très intimement adhérente à la face postérieure de l'utérus, au ligament large et au fond du Douglas. Pendant la libération de ce dernier, la poche se rompt, il s'écoule une assez grande quantité de pus. Côté droit : Trompe épaissie, congestionnée mais non oblitérée. Ovaire gros. Adhérences faciles à rompre. Nettoyage du cul-de-sac postérieur, où il reste quelques débris jaunâtres très adhérents. Suture totale sans drainage. Très mauvaise paroi abdominale. Examen des pièces: L'ovaire droit, gros comme un œuf, contient un kyste rempli d'une masse gélatiniforme. La trompe gauche épaissie et dilatée a été vidée pendant l'opération. L'ovaire renferme un gros kyste du volume d'un œuf, également vidé. Il semble s'être

vidé par la déchirure de la trompe. Il y avait peut-être un kyste tubo-ovarien à contour purulent.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort guérie le 4 janvier.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade n'a plus de douleurs. Elle n'a aucune espèce de pertes; elle se plaint seulement d'être incommodée plusieurs fois par jour par des bouffées de chaleur. La cicatrice est solide. Au toucher, rien de particulier.

Obs. 125. — *Salpingite purulente double.* — *Laparotomie.* — *Ablation des annexes.* — *Pas de drainage.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — Maria B..., 24 ans, domestique, entrée le 21 décembre 1895.

Antécédents. — Règles irrégulières de 15 à 20 ans. Métrorrhagies à 20 ans. En février 1895, violentes douleurs à la miction, dues à une blennorrhagie qui dure 5 semaines. A ce moment, violentes douleurs pelviennes du côté gauche (soignée à Laënnec serv. de M. Gingeault), puis elle entre dans le service de chirurgie d'où elle sort au bout de quelque temps de repos, après avoir eu ses règles. Elle reprend son travail, mais est obligée d'entrer de nouveau à l'hôpital où elle est opérée par M. Pierre Delbet.

Laparotomie le 4 décembre 1895. — Redressement laborieux de l'utérus en rétroversion pas trop accentuée, mais très adhérente. Côté gauche, annexes extrêmement adhérentes au Douglas et à la face postérieure du ligament large. Elles sont très difficiles à libérer. La trompe se rompt, il s'écoule du pus en quantité assez considérable. Le péritoine est bien protégé. Nettoyage très soigneux à l'éponge, après ablation bilatérale des annexes. Hystéropexie.

Examen des pièces. — Trompe gauche grosse comme le pouce ; ovaire énorme contenant des kystes séreux. La trompe droite s'est vidée pendant l'opération. L'ovaire gros comme un œuf renferme des kystes, dont l'un, du volume d'une petite noix, est hématique.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température, la malade sort guérie le 18 janvier 1896.

Résultats éloignés. — 10 février 1896. La malade est en excellente santé et a pris de l'embonpoint ; elle n'a aucune douleur abdominale. Elle a de très légères pertes blanches, mais pas de règles.

Troubles nerveux. — Bouffées de chaleur plusieurs fois par jour, plus fréquentes la nuit.

Examen. — Cicatrice solide, 6 centimètres. Au toucher, culs-de-sac indolents, utérus bien fixé.

Obs. 126. — *Kyste de l'ovaire à droite. — Salpingite catarrhale bilatérale. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Jeanne B..., 23 ans, tempérament nerveux. Réglée à 14 ans, irrégulièrement depuis un an. Peu avant, en septembre 1894, la malade a éprouvé de violentes douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche. Elles se sont atténuées mais n'ont pas disparu et sont exagérées par le coït. Etat actuel. Au toucher, à droite, annexes volumineuses, mobiles, peu douloureuses ; à gauche, salpingite moins grosse, adhérente et beaucoup plus douloureuse. Utérus en rétroversion.

Laparotomie le 16 décembre 1895. — La paroi abdominale, surchargée de graisse, gêne beaucoup l'opération. A droite, tumeur de la grosseur d'une orange, constituée par un kyste ovarique ; la trompe lui adhère fortement en arrière. A gauche, annexes peu volumineuses, mais maintenues par de fortes adhérences qu'il faut sectionner aux ciseaux.

Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Bonnes. — Pas de température.

La malade sort guérie le 11 janvier, présentant une cicatrice solide de 8 centimètres.

Résultats éloignés. — 24 février 1896. La malade a eu pendant 8 jours, à l'époque des règles, des pertes de sang avec caillots ; pas de pertes blanches; aucune douleur abdominale; cicatrice de 8 centimètres, solide. Au toucher, on trouve les culs-de-sac souples, non douloureux, l'utérus bien fixé. La malade a eu des bouffées de chaleur, elle n'en a plus maintenant.

Obs. 127. — *Salpingite catarrhale double. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Fanny M..., 32 ans, entrée à Laënnec au mois de décembre 1895.

Antécédents. — A 20 ans, pleurésie. A 22, fausse couche, sans suites. Il y a 4 ans, sans cause appréciable, douleurs de ventre survenant par crises, et durant 2 ou 3 jours avec fièvre et ballonnement de l'abdomen. En juillet 1895, douleurs plus violentes et température élevée (40°). Soignée à la maison Dubois (repos, glace sur le ventre, etc.). Les douleurs aiguës s'atténuent, mais réapparaissent toujours violentes, à intervalles irréguliers et surtout au moment des règles.— Etat actuel (décembre 1895) : Mêmes phénomènes subjectifs. A la pression, les deux fosses iliaques sont douloureuses, surtout la gauche.

Au toucher : utérus normal, col légèrement déchiré, culs-de-sac latéraux saillants. Combiné avec le palper, il permet de reconnaître, à gauche, une masse plus volumineuse et douloureuse. Diagnostic : salpingite double.

Laparotomie le 16 décembre 1895. — Des deux côtés, les annexes sont

cachées sous des adhérences très résistantes avec l'épiploon et les organes voisins et qui rendent leur pédiculisation difficile. Les 2 pavillons sont oblitérés, les trompes sont épaissies. L'ovaire gauche présente un kyste hématique du volume d'une noix. Hystéropexie. Suture totale sans drainage.

Suites opératoires. — Pas de température. Guérison. La malade sort le 21 janvier. Cicatrice solide de 7 centimètres.

Résultats éloignés. — Février 1896. La malade est maintenant parfaitement bien portante, elle n'a aucune douleur ni aucune espèce de pertes. Elle se livre sans fatigue au patinage et à l'exercice de la bicyclette. Elle est revue encore le 20 mars par M. Pierre Delbet. Elle a des rhumatismes aux poignets, mais le résultat opératoire est parfait.

Obs. 128. — *Hématosalpinx double. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. —. Guérison.* — H... Anna, 30 ans, entrée le 10 décembre 1895 à Laënnec.— Réglée à 15 ans ; ellea eu à 20 ans, un premier accouchement à la suite duquel elle a eu des accidents de péritonite avec fièvre, douleurs abdominales et pertes de sang. Elle garde le lit pendant 3 mois. Dans la suite,elle souffre du ventre pendant 3 ans, elle a de légères pertes blanches ; elle fait une fausse couche; les douleurs de ventre reparaissent alors très intenses; elle entre à l'hôpital; on diagnostique une salpingite double.

Laparotomie le 4 janvier 1896. — On trouve des masses énormes, adhérentes aux appendices épiploïques de l'S iliaque. Les adhérences sont facilement détruites; on voit alors l'utérus, dont la face antérieure est tournée à droite et son bord droit en arrière.

Derrière l'utérus, on trouve une grosse masse formée par les annexes droites; on en retire par ponction quelques grammes de sang. La masse, plus volumineuse que les 2 poings, est libérée sans rupture ; mais une poche se crève pendant qu'on place les fils et laisse échapper une bouillie couleur chocolat ; 3 fils sur le pédicule ; le fil interne est placé sur l'utérus lui-même. A gauche la masse a le volume d'un gros poing; libération assez facile. Hystéropexie. Suture totale sans drainage.

Pièces. Côté droit : kyste hématique de l'ovaire. Hématosalpinx, paroi peu villeuse ; à gauche, mêmes lésions, kyste hydro-hématique de l'ovaire. Hématosalpinx, la paroi interne de la trompe est complètement lisse ; aucun débris fœtal ni dans l'une ni dans l'autre trompe.

Suites opératoires. — Bonnes, pas de température. La malade sort guérie le 28 février 1896 ; elle a quelques légères pertes blanches, elle éprouve des bouffées de chaleur.

Obs. 129. — *Laparotomie complémentaire. — Ablation des annexes droites pour salpingite parenchymateuse. — Hystéropexie. — Guérison.* — Angèle C..., 39 ans, domestique, entrée le 13 décembre 1895 à Laënnec. Réglée à l'âge de 16 ans. Elle a eu un accouchement normal il y a 15 ans. Elle a subi déjà une ovariotomie gauche en 1890 par M. Le Bec. Elle souffre d'un léger prolapsus utérin. Les règles sont très douloureuses depuis un an et plus abondantes. Les douleurs se localisent au côté droit. Elle a, en outre, une éventration du volume d'une grosse noix à la partie inférieure de la cicatrice. Au toucher, on trouve les annexes droite prolabées dans le cul-de-sac, volumineuses et douloureuses.

Laparotomie le 13 janvier 1896. — Utérus volumineux en rétroversion complète. Ablation des annexes droites. L'ovaire est kystique, la trompe épaissie et oblitérée, adhérente à l'intestin et à l'appendice iléo-cœcal qui est réséqué. La libération de l'utérus est laborieuse. Du côté gauche, on trouve l'ancien pédicule souple. On ne voit pas trace de fils de soie. Après avoir fait la résection de la cicatrice jusqu'aux muscles, on pratique l'hystéropexie avec deux fils de soie. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires. — Normales. Pas de température. La malade sort guérie le 7 février 1896. La cicatrice, solide mesure 11 centimètres.

Obs. 130. — *Salpingite purulente gauche. — Abcès pelvien. — Ablation des annexes gauches. — Guérison.* — Joséphine N..., 31 ans, marchande, entrée le 9 janvier 1895 à Laënnec. Réglée à 15 ans. Régulièrement depuis. Les règles sont abondantes et durent 4 à 5 jours. Elle a eu 4 accouchements normaux. Cependant, à la suite du dernier (6 décembre 1895) elle a de la fièvre et elle fait un séjour de 5 jours à l'hôpital. Puis elle retourne chez elle où elle se sent très faible. Elle ne peut remuer la jambe gauche qu'avec beaucoup de peine. Mais elle n'en souffre pas. Elle n'a jamais souffert du ventre, n'a jamais eu de douleurs en urinant ni de pertes. A l'examen on diagnostique une salpingite gauche.

Laparotomie le 25 janvier 1896. — L'abdomen ouvert, on tombe sur une grosse masse du côté gauche, présentant des adhérences épiploïques puis des adhérences très intimes, et très résistantes aux appendices épiploïques de l'S iliaque et de l'intestin lui-même. On les libère difficilement. La trompe est aussi adhérente à la vessie. Elle est rouge, congestionnée; l'ovaire normal. Le ligament large est très épaissi. En achevant la libération pour pédiculiser, une adhérence est déchirée au niveau du détroit supérieur et il s'écoule un flot de pus qui vient d'un abcès pelvien; on enlève les annexes; on veut alors drainer

l'abcès pelvien mais un nouveau flot de pus s'écoule en abondance. L'orifice dilaté avec une pince à forcipressure, M. Delbet y introduit le doigt et tombe dans une poche considérable située sous le psoas, au contact même de l'os et descendant un peu au-dessous du détroit supérieur, dans le petit bassin. M. Delbet fait alors une contre-ouverture de cet abcès au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure ; il le curette et ramène des fongosités d'apparence tuberculeuse. Pas de points osseux dénudés. L'abcès est drainé par la contre-ouverture avec une mèche de gaze. Une seconde mèche est placée dans son orifice interne et sort par la plaie abdominale. Suture.

Les annexes du côté droit sont normales. Examen des pièces. La trompe est épaissie et congestionnée et contient par places des matières d'apparence caséeuse.

Suites opératoires. — Bonnes. La température atteint 38° pendant 2 jours. Lavages à l'eau boriquée de l'abcès pelvien par les orifices de drainage, tous les jours pendant 10 jours, puis injection de teinture d'iode. La cicatrice abdominale suppure encore légèrement, la malade n'a pas encore quitté l'hôpital.

Obs. 131. — *Laparotomie complémentaire. — Ablation des annexes droites* (voir l'obs. 111).—Marie M..., 26 ans, entrée le 12 décembre à l'hôpital Laënnec. La malade a déjà subi l'ablation des annexes gauches. Elle revient dans le service parce qu'elle souffre beaucoup dans le ventre du côté droit. La cicatrice ne présente plus trace de l'abcès qui s'était formé à la suite de l'opération. *Examen.* Toucher : Utérus bien fixé, en antéversion, corps légèrement incliné à gauche ; *cul-de-sac latéral droit*, masse annexielle douloureuse du volume d'une noix.

Laparotomie le 25 janvier 1896. La cicatrice a parfaitement tenu, pas d'adhérences du péritoine à son niveau. Côté droit : Trompe normale, ovaire kystique avec quelques légères adhérences, 3 fils sur le pédicule.

Du côté gauche, déjà opéré, l'épiploon est adhérent au pédicule. Libération des adhérences, ablation des fils de soie qui sont absolument intacts.

L'hystéropexie a très bien tenu. Malheureusement, en incisant la paroi, l'aponévrose a été coupée au niveau du point où elle était fixée au fond de l'utérus. Celui-ci tient cependant encore. On prend le fond de l'utérus dans un des fils de suture.

Suites opératoires. — Normales, pas de température. La malade quitte l'hôpital complètement guérie, pas de douleurs, aucune perte. La cicatrice linéaire, longue de 7 centimètres, est très solide. Quelques bouffées de chaleur.

Obs. 132. — *Salpingite parenchymateuse et kyste folliculaire de l'ovaire. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Juliette H..., 21 ans, domestique, entrée à Laënnec le 1er février 1896. Réglée à 15 ans ; à 19 ans, accouchement normal ; quelque temps après, elle commence à éprouver des douleurs peu violentes dans toute la région abdominale, survenant surtout après une fatigue ; les douleurs se sont accrues peu à peu, à partir du mois de septembre, s'irradiant du côté du rectum, de la vessie (pollakiurie transitoire), des cuisses. Les règles sont devenues irrégulières ; dans l'intervalle apparaissent des métrorrhagies et de la leucorrhée, tantôt rosée, tantôt jaunâtre.

Examen.— On sent une induration mobile dans la fosse iliaque droite. A la palpation bimanuelle, on sent une tumeur du volume d'une grosse orange, mobile dans la cavité abdominale, difficile à bien explorer à cause de sa mobilité.

Laparotomie le 7 février 1896. — La tumeur présente, dans la moitié droite du bassin, des adhérences très lâches et très longues. La trompe allongée,rampe à sa surface. On ponctionne la tumeur qui est fluctuante et on en retire 350 grammes de liquide clair, d'apparence hydatique. Extraction du kyste qui se pédiculise du côté gauche avec les annexes. Du côté droit, la trompe est oblitérée, légèrement distendue, et l'ovaire scléro-kystique ; 2 fils sur le pédicule. Cautérisation. Hystéropexie. Suture totale.

Examen des pièces. — Le kyste du côté gauche paraît développé dans l'ovaire. Celui-ci est étalé à la surface du kyste, il est lui-même kystique. La trompe allongée n'est pas oblitérée. La face interne du kyste est blanche et lisse, mais il n'y a pas de membrane, la paroi interne est vasculaire. On dirait qu'il s'agit d'un kyste folliculaire géant. Du côté droit, l'ovaire est scléro-kystique, la trompe, épaissie et parenchymateuse, présente des villosités nombreuses.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie le 7 mars 1896. La cicatrice mesure 7 centimètres.

Obs. 133. — *Salpingite purulente double. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Drainage vaginal. — Hystéropexie. — Guérison.* — Henriette B..., employée de commerce, 17 ans, entrée le 7 février 1896 à Laënnec.

Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à 15 ans. Depuis cet âge ses règles sont moins régulières. Pas de douleur. Pas de métrorrhagie. Pas d'arrêt des règles. Pas d'accouchement. Il y a environ deux mois elle a éprouvé des douleurs dans le bas-ventre accompagnées de pertes blanches et de douleur en urinant. A l'examen, on trouve au tou-

cher dans le cul-de-sac gauche, une tumeur irrégulière, dure, bosselée, immobile, très douloureuse. Les annexes droites sont peu douloureuses.

Laparotomie le 20 février 1896. — L'S iliaque et l'intestin grêle sont complètement adhérents à la face postérieure de l'utérus et à la trompe. La libération des adhérences est très pénible. La trompe droite et l'intestin grêle sont fusionnés ; en les séparant, on déchire la trompe. Il s'écoule un flot de pus. Nettoyage à l'éponge. Pédiculisation et ablation des annexes droites. Du côté droit, la trompe est légèrement distendue. Le pavillon adhère au fond du cul-de-sac de Douglas. L'ovaire est volumineux et kystique. Ablation. Le fil interne du pédicule a lâché. Surjet à la soie. Libération du cul-de-sac de Douglas, encombré par des anses intestinales adhérentes. Drainage vaginal. Suture.

Suites opératoires. — Pas de température. Ablation du drainage le troisième jour. Des fils le 10e. La malade sort guérie le 29 février. La cicatrice mesure 8 centimètres.

Obs. 134. — *Salpingite parenchymateuse. — Kyste inclus du ligament large droit. — Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes. — Hystéropexie. — Guérison.* — Léonie H..., 36 ans, domestique ; entrée à Laënnec le 25 février 1896. Réglée à 16 ans, régulièrement depuis; à 21 ans, poussée de péritonite avec violentes douleurs abdominales et ballonnement du ventre pendant 7 semaines; à partir de ce moment douleurs abdominales passagères.

A 26 ans, après une fausse couche, les douleurs augmentent, prédominant à droite. Au mois de février dernier, après une recrudescence de douleurs, elle a une métrorrhagie avec gros caillots pendant 15 jours, à la suite de laquelle elle entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve, à la palpation, une tumeur arrondie et fluctuante dans la fosse iliaque droite. Au toucher : l'utérus est dévié à gauche. Au-dessus du cul-de-sac latéral droit et dans la fosse iliaque droite, on sent à la palpation bi-manuelle une tumeur volumineuse, arrondie, fort peu mobile et nettement fluctuante, distincte de l'utérus.

Laparotomie le 25 février 1896. — On trouve un kyste inclus dans le ligament large du côté droit; on en retire par ponction un litre de liquide clair. L'énucléation se fait assez facilement, bien que le kyste descende très loin dans le petit bassin ; un fil sur la corne utérine pour enlever la trompe qui est épaissie. Le reste de l'ouverture du ligament large est fermé par un surjet à la soie; l'ovaire est difficilement reconnaissable. Il est possible qu'il en soit resté une partie dans l'abdomen. A gauche : l'ovaire présente des kystes dont 2 se crèvent ; la trompe,

grosse comme le petit doigt et à pavillon oblitéré, présente des adhérences très résistantes à la face postérieure du ligament large et aux appendices épiploïques de l'S iliaque ; ablation. Hystéropexie ; suture.

Examen des pièces.—Le kyste est uniloculaire, à paroi lisse ; c'est un type de kyste du ligament large. La trompe gauche très épaissie ne contient pas de liquide.

Suites opératoires. — Bonnes. Pas de température. La malade n'a pas encore quitté l'hôpital.

Obs. 135. — *Salpingite purulente double.* — *Laparotomie.* — *Ablation bilatérale des annexes.* — *Drainage vaginal.* — *Hystéropexie.* — *Guérison.* — Antoinette G..., 21 ans, domestique, entrée le 24 février 1896 à Laënnec.

Réglée à 18 ans, règles irrégulières. Il y a 7 ou 8 mois elle a eu une blennorrhagie, puis un mois après, des chancres simples avec adénite inguinale incisée à Laënnec. Depuis ce temps, elle a des pertes blanches abondantes. Les règles durent beaucoup plus longtemps. Elle a commencé à souffrir du ventre, il y a 3 semaines, surtout du côté droit.

Au toucher, on sent à droite, une trompe flexueuse, grosse, indurée, douloureuse, les annexes gauches sont douloureuses.

Laparotomie le 2 mars. — Adhérences de l'intestin grêle et de l'épiploon à l'utérus. Tout le petit bassin est cloisonné. L'intestin est vivement congestionné, d'un rouge intense.

Les adhérences sont longues et faciles à détruire.

Côté gauche. Trompe très adhérente aux appendices épiploïques de l'S iliaque et à la face postérieure du ligament large; pendant la décortication qui est pénible, la poche se rompt et donne issue à du pus. Trois fils sur le pédicule, cautérisation. Côté droit. La trompe est encore plus volumineuse, surtout dans sa partie externe, et plus adhérente, la libération est pénible, la poche se crève et du pus s'écoule. Le ligament large extrêmement épaissi et turgide rend la pédiculisation difficile. L'S iliaque adhère au fond du cul-de-sac de Douglas ; après libération de ces adhérences, on établit un drainage vaginal. Hystéropexie. Suture totale.

Suites opératoires.— Ablation du drainage le 2[e] jour. — Pas de température ; la malade guérit rapidement. Elle est encore à l'hôpital.

Conclusions.

I. — La laparotomie pour ovaro-salpingites donne, d'après notre statistique, une mortalité totale de 3,7 0/0.

II. — Sur 6 cas d'ablation unilatérale des annexes, nous observons :

4 *cas de guérisons parfaites* (parmi lesquelles 2 grossesses) ;

2 *insuccès*.

III. — Sur 88 cas d'ablation bilatérale la laparotomie donne :

76 *guérisons*, c'est-à-dire 87 0/0 ;

7 *résultats médiocres* ;

5 *résultats nuls*.

Les 76 guérisons se divisent en :

45 *résultats absolument parfaits* soit plus de 50 0/0 ;

31 *résultats satisfaisants* qui se décomposent ainsi :

Légère leucorrhée	7 cas	(7,5 0/0)
Leucorrhée assez abondante .	6 cas	(6,8 0/0)
Très légères douleurs	12 cas	(13 0/0)
Règles peu ou pas douloureuses	7 cas	(7,9 0/0)

IV. — Sur 96 malades revues, nous n'avons à constater que 2 *cas d'éventration*. Elles ont été consécutives à un drainage abdominal à la Mikulicz.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.—J.Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).